

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Análisis de la personalidad en el traumatizado de repetición

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Antonio Sánchez-Barba Fernández

DIRECTOR:

Hipólito Durán Sacristán

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
CATEDRA DE PATOLOGIA QUIRURGICA I
Prof. Dr. D. H. DURAN SACRISTAN

"ANALISIS DE LA PERSONALIDAD EN EL
TRAUMATIZADO DE REPETICION"



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315115373

ANTONIO SANCHEZ-BARBA FERNANDEZ
MADRID. 1.978

INDICE GENERAL

	<u>Página</u>
Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Introducción	5
Justificación del tema elegido	9
Material y métodos empleados	31
Hallazgos	52
Discusión	104
Conclusiones	158
Bibliografía	161

INDICE DE FIGURAS, GRAFICAS Y TABLAS

	<u>Página</u>
1.- Porcentajes de traumatizados en general y enfermos con posible hábito traumático	33
2.- Motivo de ingreso de los traumatizados en general	35
3.- Motivo de ingreso de los enfermos con posible hábito traumático	36
4.- Representación de la distribución anatómica y la localización de las fracturas y su porcentaje en los enfermos con posible hábito traumático	37
5.- Esquema de los 50 casos con posible hábito tra <u>u</u> mático en el que se refleja tipo, número de acci <u>i</u> dentes y localización de las fracturas	38
6.- Distribución por edades de los enfermos con posible hábito traumático	54
7.-Distribución por edades de los traumatizados en general	55
8.- Distribución con relación al sexo de los enfer- mos con posible hábito traumático	56

9.- Distribución con relación al sexo de los <u>traumatizados</u> en general	57
10.- Distribución con relación al estado civil de los enfermos con posible hábito traumático	58
11.- Distribución con relación al estado civil de los traumatizados en general	59
12.- Relación de edad entre traumatizados en general y los enfermos con posible hábito traumático...	61
13.- Relación referente al sexo entre traumatizados en general y los enfermos con posible hábito traumático	62
14.- Anomalías estructurales. Estudio comparativo <u>entre</u> enfermos con posible hábito traumático y <u>en</u> enfermos con <u>c</u> érvico-artrosis	91
15.- Anomalías estructurales. Estudio comparativo <u>entre</u> enfermos con posible hábito traumático, enfermos de <u>c</u> érvico-artrosis y grupo general de - enfermos de control	92
16.- Anomalías funcionales. Estudio comparativo entre enfermos con posible hábito traumático y enfermos de <u>c</u> érvico-artrosis.....	95

17.- Anomalías funcionales. Estudio comparativo <u>en</u> tre enfermos con posible hábito traumático, <u>en</u> fermos de cérvico-artrosis y grupo general <u>en</u> fermos de control	96
18.- Anomalías situacionales. Estudio comparativo <u>en</u> tre enfermos con posible hábito traumático y <u>en</u> fermos de cérvico artrosis.....	100
19.- Anomalías situacionales. Estudio comparativo <u>en</u> tre enfermos con posible hábito traumático, en- fermos de cérvico-atrosis y un gupo general en- fermos de control	101

-1-

"Es más útil pensar que saber
y más aún observar"

GOETHE.

A MIS PADRES, MUJER E HIJAS.-

-2-

A G R A D E C I M I E N T O S . -

Antes de proceder a la exposición del tema, objeto de este estudio, queremos hacer constar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que en una u otra medida, han contribuido a su realización.

A mi padre, copartícipe en mi creación, forjador de mi modelaje, motor y estímulo de mi vocación, ejemplo perenne para mi ser y para mi hacer.

A mi madre, excelente tierra sobre la que fructifiqué, amparo, sustento y amor sobre el que me desarrollé, refugio en el que me cobijé.

A mi mujer, ilusión que alcancé, compañera con la que comparto, consuelo de mis tristezas, luz de mi penumbra descanso de mi fatiga.

A mis hijas, continuación material y psíquica de mi persona, alegría de mi vida, ilusión cotidiana de mis quehaceres.

Al Prof. Durán Sacristán, maestro, ejemplo y amigo, virtudes que para un discípulo representan la totalidad de las que su profesor puede tener y el Prof. Durán no sólo las tiene, sino que las lleva a límites inalcanzables e imposibles de corresponder; que sirva esta breve dedicataria para que le exprese mi gran admiración, mi gran -gratitud, mi gran lealtad y sobre todo mi gran cariño.

Al Prof. Fernández Cruz, Catedrático de Patología General y Propedeútica Clínica, médico de concepción integral que sabe bien de la manera de enfermar del hombre, de la comprensión de su personalidad y de la necesidad que tiene de creer en alguien que posea capacidad para aliviar sus sufrimientos. Mi gratitud más sincera por la inestimable colaboración que ha supuesto la satisfacción del tema elegido y la disponibilidad total de su Servicio para la realización del mismo.

Al Dr. Martínez López. Impulsor, trabajador, moldeador y corrector de esta tesis, amigo entrañable sin cuya colaboración habría sido imposible la realización de este trabajo.

A todos los médicos y psicólogas del Servicio de Medicina Psicosomática de la Cátedra del Prof. Fernández Cruz, que me acogieron, me incorporaron, me enseñaron y se contaminaron con el porqué de los fracturados de repetición.

Al Ilustre Tribunal que tiene la gentileza de juzgar esta tesis doctoral.

-5-

I N T R O D U C C I O N . -

El traumatólogo se encuentra en su cotidiana labor asistencial, frecuente y sorprendentemente ante un tipo de enfermo, el fracturado de repetición. Ese joven o ese niño que presenta en su historia vital múltiples fracturas asincrónicas sin causa orgánica que justifique sus lesiones.

El médico pasa desde la sorpresa por el fenómeno... ¡otra vez! al cómo y porqué, y es sólo a nive de sospecha o mera especulación como puede acercarse al trauma repetido, insistente e insospechado. Por qué determinadas personas, que se desenvuelven habitualmente en un medio y con un dintel de riesgo equivalente al de la mayoría, arrojan un índice de accidentes, aparentemente fortuitos, mucho más elevado?, y es más nuestra inquietud, cuando indagamos, consultamos. "Los accidentes no ocurren por accidente", afirma Ross en su capítulo sobre accidentes y sus secuelas de su libro Practical Psychiatry for Industrial Psysiciams. Por otro lado la National Research Council y el Industrial Research Board of Great Britain, en un estudio efectuado durante 10 años, comunican que el 80-90% del total de accidentes no se deben a maquinarias defectuosas, ni al defecto físico-mental del paciente, ni a la falta de habilidad del mismo. Observando por contrapunto que en un estudio sobre dos mil conductores de camión de 4 grandes empresas, el 5% de los choferes, eran responsables en el desarrollo habitual de su trabajo de la

mayoría de los accidentes, asimismo que el traslado de este 5% a otro empleo, hizo bajar en un 80% el número de accidentes y lo que es más, estos conductores transferidos a otro empleo, mantuvieron una frecuencia anormalmente elevada de accidentes en su nuevo cometido.

A esta pregunta elemental para cualquier observador de la fenomenología que acontece en el desempeño de su tarea profesional, difícilmente podría responderse, dado que ello conlleva a admitir la existencia de motivaciones inconscientes. Supuesto, que el propio interesado, sería el primer sorprendido ante cualquier planteamiento acerca de motivaciones conscientes, como factores determinantes de su trauma. Por consiguiente se necesitaba a la vez un método o técnica que nos facilitara el acceso al inconsciente del individuo y con ello la posibilidad de hallar - con el proceso que determinase un tipo de conducta facilitadora del accidente propiamente dicho. En efecto nuestro propósito, se hace viable tras el recurso al método o técnica psicoanalítica, única vía de adentrarse en el mundo inconsciente de la persona y por tanto, enclave en el que presumimos ha de hallarse, la causa primaria o determinante del fenómeno a que asistimos diariamente en la consulta de traumatología y que trasciende al mero acto de nuestra función asistencial. Asistimos estoicos al efecto, pero des-

conocemos y nos sentimos impotentes frente a la causa o causas determinantes.

Sería por tanto impropio de todo estudioso e investigador médico si su actuación se limitase al acto curativo y se abstuviera de indagar hasta llegar a su causa primaria. De ahí pues, la justificación de nuestro estudio, así como la motivación de nuestro recurso a la concepción psicosomática de esta patología.

Pocos son los trabajos que en este sentido se han realizado, insuficientes en relación con la categoría y alcance de este fenómeno, (según el informe del NATIONAL SAFETY COUNCIL, el coste total de los accidentes fué en 1941 de cuatro mil millones de dólares), y en su mayor parte, llevándose a cabo, lamentablemente, con un sentido eminente-mente pragmático, principalmente los realizados por las -compañías de seguros (la National Research Council y el Industrial Research Board of Great Britain) pero ninguno de ellos realizados con caracter motivacional, causa primaria y fundamental de nuestro trabajo.

JUSTIFICACION DEL TEMA ELEGIDO.-

Uno de los más significativos peligros de la salud en nuestro tiempo, lo constituyen los accidentes.

Son la causa principal de la mortalidad de la población comprendida entre los 1 y 37 años. De hecho solo el cancer y las enfermedades cardiovasculares sobrepasan dentro de la población global, como causa de muerte.

Entre los mayores problemas que tiene planteada la humanidad, en el presente y quizá en el futuro sino se toman las medidas necesarias, destaca la "epidemia traumática" en sus diferentes formas: accidentes laborales, de tráfico, domésticos, deportivos, etc.

Los datos estadísticos son fríos pero expresivos, tenemos que en Inglaterra más de 20 personas fallecen cada día por un accidente en su domicilio, por pequeños defectos de la construcción de su casa, de su iluminación, en el cuidado vigilante de los niños, viejos, etc. El 75% de estos accidentes afectan a niños menores de 5 años (estimándose por ejemplo que en los EE.UU. de América muere un niño menor de un año, víctima de un accidente evitable, cada 4 horas por término medio) y a viejos mayores de 70 años con una tendencia a aumentar la morbilidad en los seniles con su particular gravedad. Siendo en este grupo de

enfermos, el 60% de los accidentes, ocasionados por caídas. Las escaleras suelen ser frecuentemente la causa, el último escalón o los últimos, cuando se confía que se ha alcanzado el bordillo o el final de la escalera, así mismo la defectuosa iluminación de la habitación, a lo que se une la pérdida de los reflejos vigilantes del equilibrio y de la postura en los viejos por atrofia cortical senil, por isquemia, etc.

Una serie de recomendaciones a tal efecto, han sido recogidas en el folleto HOW to avoid FALLS (1959) publicado por la "Royal Society for the Prevention of Accideths" muy útiles por su divulgación. Algunos detalles deben ser recordados por arquitectos y constructores: son las escaleras, pasillos y bordillos, lugares donde los viejos caen; una buena iluminación de estas zonas, posibilidad de encender la iluminación con llaves situadas en ambos extremos de escaleras y corredores. Suprimir los rellanos rectangulares y estrechos por cuadrangulares y anchos, evitar los pasamanos de escaleras que no llegan al final del último escalón, disponer de asideros en los cuartos de baño, en la vecindad de bañeras y duchas, etc., etc.

Sabemos que desde 1889, que parece que ocurrió el -

primer accidente de automóvil en Nueva York, E.E.U.U hasta 1951, habían muerto por este motivo, más de un millón de americanos, cifra superior a los que fallecieron en los campos de batalla y en los campos militares en las tres conflagraciones en que tomó parte la nación americana en estas cinco décadas (1ª y 2ª Guerra Mundial y conflicto de Corea).

Los accidentes que anualmente se registran en nuestro país, pasan de los cuatro millones, de los cuales más de dos millones, corresponden a accidentes de trabajo con 2.693 muertos y 15.070 lesionados sin incapacidades permanentes, indemnizados por Baremo en el año 1969 con un coste de 116.000 millones de pesetas, lo que equivale al 7% de la renta nacional y del 45-50% del presupuesto total del Estado. 62.252 accidentes de circulación con 4.453 muertos y 94.716 heridos en 1972 que corresponde a 6 accidentes por cada 1.000 - vehículos en carretera y 5,67 en ciudad. Cerca de - 2.000.000 de accidentes se encuentran repartidos entre los domésticos, deportivos etc.

Pero ¿que es un accidente?. El accidente podemos definirlo de acuerdo con Simonin "como un suceso imprevisto que origina menoscabo de la integridad física o en la salud de la víctima por la acción rápida y violenta de una causa externa".

En cualquier tipo de accidente puede estudiarse etiológicamente, tres factores distintos, de una parte el Agente causante, llámese máquina, automóvil, etc. De otra parte el Medio en el cual el accidente se produce y por último el'Huésped, la víctima que es siempre una persona. Comoquiera que el Medio está creado por el hombre y éste a la vez es la víctima, nos encontramos, con que dos de los tres factores etiológicos, son únicamente humanos, siendo estos los que vamos a analizar.

Estudiando históricamente un accidente, vemos que hay en él tres momentos diferentes:el Pre-accidente, es decir lo que ocurre en el individuo antes de que el - accidente sea una realidad, dentro de esto que está ocurriendo en el individuo, hemos de considerar como un factor fundamental y de suma importancia la personalidad del sujeto, como las causas inmediatas que - actuando de espoleta, fueran las que desencadenaran el accidente, éste será pues el segundo momento. Pero aún queda una tercera fase, el Post-accidente, que - serán las complicaciones físicas o psíquicas que ha originado. Si estas surgen,y si importante, es una rigidez articular, hemos de tener en cuenta que toda - convalecencia comporta un estado normal de dependencia y regresión afectiva. El individuo se instala en su enfermedad, como dice Rof Carballo en su libro Biología y Psicoanálisis, bien de una manera inconsciente para conservar esta situación privilegiada que le

permite ser objeto de solicitudes y cuidados maternos, bien de una manera consciente, como ocurre en algunos accidentados que intentan obtener una ganancia (beneficio secundario). La definición que tiene en 1908 - Brissaut de sinistrosis "estado psicopático especial que no es una consecuencia necesaria e ineludible del accidente, pues procede de un error de interpretación de la Ley y consiste en una especie de delirio razonante fundado sobre una idea falsa de reivindicación", - está totalmente vigente en la actualidad.

Es verdad que la personalidad del herido, interviene siempre más o menos en el desarrollo de una neurosis de renta. Pero es preciso denunciar la opinión corriente, incluso médica que asimila la sinistrosis a la simulación y que acusa al herido de sobreestimar la gravedad de su accidente. En realidad, sería más bien la sociedad la que subestimase la gravedad psicológica, es verdad, pero no obstante real, de las consecuencias del accidente. Sería en definitiva como algunos autores piensan, el fruto de una especie de malentendido entre el Herido y la Sociedad.

Hace unos años la O.M.S, dió como lema de su campaña el siguiente "slogan" EL ACCIDENTE NO ES ACCIDENTAL.

Es verdad que con mucha frecuencia, cuando después de ocurrido un accidente, se analizan críticamente sus causas, nos sorprendemos e indignamos de que no se -

haya tomado determinada medida, de que no se haya observado determinada consigna... Las medidas de seguridad, se ordenan y se multiplican con el fin de que el puesto de trabajo, sea tan seguro como fuese posible. Esto se ha realizado ~~instituyendo~~ instituyendo políticas, procedimientos, prácticas de seguridad y haciendo - que las máquinas sean lo más seguras posibles. Ingenieros de Seguridad han estado y están ocupados en el estudio de estos factores. Ahora bien, los accidentes persisten y los actuales programas de educación para la Seguridad, han llegado a un punto que compensan escasamente. SCHULZINGER cree que la seguridad de las máquinas se mantendrá, según una línea horizontal o muy débilmente ascendente durante un - buen lapsus de tiempo, debiendo por tanto considerar el otro factor implicado en el accidente "el factor humano". Se ha dicho "los accidentes no ocurren por accidente" como afirma Ross en su capítulo sobre - accidentes y sus secuelas, de su libro Practical - Psychriaty for Industrial Physicians, ahora bien dejando a un lado los escasos accidentes provocados - conscientemente en los que también habría que buscar motivaciones, queda una inmensa mayoría en los cuales debe jugar un importante papel, el mundo inconsgiente de la persona. Froid investigando entre 342 accidentes mortales, encontró que un 43% correspondían a fallos humanos, un 37% serían imputables a fallos de maquinaria y solo un 20% tendrían un carácter fortuito. Dentro del 43% que tendrían un origen

humano, un 50% de ellos, tenían una profunda alteración de la psicología del paciente.

Se han realizado diferentes estudios, sobre las características individuales en relación con el riesgo de accidentes (psicológicas, fisiológicas, fisiopatológicas, etc.) que según el caso han sido estudiadas y valoradas en cuanto variables humanas susceptibles de tener en relación con el fenómeno accidente.

Los numerosos trabajos que se interesan por estas características individuales, tienen como punto de partida, una hipótesis de interpretación del fenómeno - accidente, introducida aunque no sea explícitamente expresada por GREENWOOD y WOODS (1919) y GREENWOOD y YULE (1920) que se funda en una distribución correspondiente a una "tendencia inicial variable de los - accidentes".

Por su parte MARBE (1923) observa que los sujetos que se accidentan con frecuencia, carecen de cierta flexibilidad de "reajuste" por lo cual, les es difícil hacer frente, a un peligro que se presenta de improviso.

LAHY y CORNGOLD (1936) demuestran que los que se accidentan con frecuencia, difieren de los sujetos "normales" en una falta de "flexibilidad funcional" en la ejecución de ciertos "test" en condiciones excepcionales.

De estos tres grupos fundamentales de investigaciones nace y al mismo tiempo , obtienen sus primeras confir maciones, el concepto de la "predisposicion a los ac- cidentes" según el cual, ciertos sujetos y por el hecho de una especial propiedad biológica, son víctimas de accidentes con más frecuencia que otros.

El problema de la predisposición, ha sido abordado por diferentes métodos, que se basan en la psicología apli cada, la psicosomática y el psicoanálisis, así como la sociometría.

BONHARDEL (1949) comprueba en los sujetos frecuentemen te accidentados, un defecto de "inteligencia concreta" mientras que DRAKE (1940) observa en ellos, una "ausen cia de ajuste entre percepción y reacción motriz"; de - otro lado las estadísticas de accidente parecen estimu lar la interpretación del fenómeno sobre la base de una "predisposición constitucional inmutable" y en general ponen en evidencia, el que un pequeño número de sujetos sufran la mayoría de los accidentes, sin embargo, la - multiplicidad y extrema variedad de los datos obtenidos y un cierto número de críticas metodológicas, no permi ten continuar imputando todos los accidentes a una "pre disposicion biopatológica".

LAHY y KORNGOLD reconocen junto a la "predisposición constitucional" la importancia de una "predisposición adquirida".

Hoy día se habla de "predisposición adquirida" a través de factores psicopatogénicos y sociales, se ría lo que llamaron el factor "X" de la personalidad.

ADLER (1941) examinó clínicamente a un grupo de 130 trabajadores que se accidentaban con frecuencia y - los comparó con un grupo control. Agrupó a sus accidentados en 7 subgrupos, cada uno de los cuales presentaba un síntoma característico.

1- Actitud de revancha contra los padres y educadores

El accidente es una especie de suicidio, destinado a castigar a los padres. La agresividad se había - manifestado varias veces durante la infancia, explicando las dificultades escolares.

2- Miedo al éxito y deseo de fracaso. El éxito es una usurpación del padre, para él que se sienten sentimientos de ambivalencia (deseo de muerte del que - se siente culpable). En los accidentes se castiga la muerte deseada del padre.

3- Existencia de procesos mentales inconscientes en conflicto con los procesos conscientes. Estos conflictos estan en el origen de los accidentes que aparecen como de manera análoga a los "lapsus", a los cuales se les atribuye una significación en el psicoanálisis.

- 4- Sentimiento de no tener suerte. Que tiene su base en una culpabilidad inconsciente.
- 5- Necesidad de ser colmado, lleno de cuidados. La gente busca en su infancia los cuidados y la atención de que eran objeto. Tras el accidente o durante una enfermedad, se encontraron en un ambiente de protección.
- 6- Ambición desmesurada, unida a dificultades no resueltas en el pasado.
- 7- Miedo a base de ansiedad.

MORALI-DANINOS, AUBRY y CERF (1961) estudian accidentados en la Clínica Quirúrgico-Ortopédica y Reparadora - del Hospital Cochin de Paris e insisten sobre la existencia de un estado agresivo marcado que precede inmediatamente al accidente.

Son muy interesantes los estudios hechos sobre los accidentes infantiles, ya que un modo de alcanzar, no pruebas sino argumentos, es el acercarse al momento en que estas tendencias nacen. Si la propensión a los accidentes es una enfermedad psicosomática, cuyos orígenes se remontan a la primera infancia, debe de buscarse en el comportamiento de los padres, hay que estudiar la infancia y los accidentes que les ocurren a los niños. Podemos observar a la vez, las actitudes paternas y el con

junto de reacciones que provocan en el niño, entonces veremos si el accidente ocupa lugar junto a otras formas de resistencia y revuelta contra la autoridad. Ya en 1932 en su obra "The Psychoanalysis of Children" MELAINE KLEIN afirmaba que las heridas en la infancia, eran suicidios con medios insuficientes.

FABIAN y BENDER (1947) encuentran desórdenes en los padres en el 83% de los niños frecuentemente accidentados: alcoholismo, desidencias y tormentas familiares padres dominantes o económicamente incapaces, madres sumisas y sobreprotectoras...etc. Consideran sus accidentes, como gestos agresivos cuyo fin es castigar a los padres.

El terreno de origen sería la familia del sujeto. También FULLER (1948) en un estudio con 61 niños en jardín de infancia, encuentra que los niños evaluados como "extraordinariamente vigorosos y robustos" y como "atrevidos" tienen un mayor grado de lesiones que otros. LANGFORD, GILDER, WILKING y GENN y SHERRI (1953) en un estudio piloto con 9 niños "propensos al accidente" y 9 "sin accidentes", establecieron que los "hallazgos ---sugieren grandemente que los niños que tienen accidentes reiterados, llevan una vida mas intrépida y osada que los que no tienen accidentes y por tanto se exponen a situaciones mas peligrosas".

Bajo la rúbrica de "enfrentarse con" muchos investiga

dores han encontrado que los niños con alto nivel de accidentes son más agresivos y/o desobedientes.

BIRNBACH (1949) comparó 55 estudiantes masculinos de bachillerato, reiterados de accidentes, con 48 compañeros opuestos que estaban libres de accidentes y observó que "en sus relaciones sociales, el reiterador tiende a ser agresivo e intenta dominar mediante métodos físicos... Encuentra difícil darse por vencido - sin discutir o armar camorra".

LANGFORD (1953) observó que los niños propensos al accidente, eran los que con mas frecuencia desafiaban la autoridad.

FULLER (1948) encontró la mayor proporción de lesiones entre niños calificados como "insistentes y obstinados".

KRALL (1953) basada en dos entrevistas de 20 minutos usando juegos de muñecas con 32 niños "propensos al accidente" y 32 "libres de accidentes" entre 5 y 8 años, observó que los niños "propensos al accidente" revelaban mayor agresión en este juego y eran más rápidos en expresar esta agresión que los niños "libres de accidentes". También observó que los reiteradores del accidente, estaban menos orientados en la realidad y demostraban un mayor nivel de actividad que los niños "libres de accidente".

Por otra parte, BALTRUSCH y DUNBAR (1961) escriben "En la inmensa mayoría de los casos, hemos observado, perturbaciones en el medio familiar del accidentado. Se trataría de un conflicto de autoridad del niño con los padres. Este conflicto proporcionaría la etiología exacta del desencadenamiento del traumatismo. Los accidentados han reaccionado contra un estado de frustración con un acto impulsivo incontrólo, en forma de estado de agresividad".

Estudiando la biografía de los adultos poliaccidentados, se han intentado buscar determinantes de la susceptibilidad al accidente, debiéndose de destacar los estudios de CSYLLAG y HEDIC (1949) que estudiando un grupo de sujetos, que habían padecido accidentes recurrentes, encuentran que el 54% de ellos han perdido en la infancia, al menos una parte del apoyo paterno por muerte o separación. En la tercera parte de ellos, el padre muerto de muerte violenta, contra el 0,06% en la población media. Las rupturas en la relación niño-padres, sería una de las causas en los poliaccidentados.

TILLMAN y HOBBS (1949) desarrollan una profunda encuesta entre dos grupos de 20 conductores de taxis de una misma compañía. Un grupo A de accidentados - frecuentemente y un grupo B de no accidentados, reunidos bajo el ángulo del kilometraje. Los datos han sido obtenidos por un lado de los propios choferes

y sus camaradas y por otro lado de la policía, del Tribunal de Menores y de los Servicios públicos. Siendo estos los resultados:

		<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>
Historia de los padres	-padres divorciados	6	1
	-rigor excesivo y falta de armonía	13	5
Rasgos neuróticos de la infancia	-Fobias	11	5
	-Signos de agresividad (jefe de pandilla, paso por el Tribunal de Menores etc.	11	0
	-Problemas escolares	12	2
Adaptación Social	-Despido empleo ant.	10	4
	-Ausencias frecuentes sin permiso en la vida militar	11	1
	-Fraude admitido en el trabajo	14	3
	-Sentimiento exagerado en las actitudes personales	11	3

Los autores concluyen que la personalidad de los sujetos frecuentemente accidentados, está caracterizada por la agresividad y la incapacidad de tolerar - la autoridad paterna o las normas sociales. El terreno de origen sería la familia del sujeto.

WONG y HOBBS (1949) realizan un estudio análogo en el medio industrial (fábricas de cerveza) y encuentran un resultado del mismo tipo en lo que atañe a accidentes de trabajo.

En la literatura se encuentran numerosas descripciones del poliaccidentado y tocan parcialmente los temás preferentes y mencionan rasgos del carácter. La descripción más bella literariamente que se puede encontrar del carácter aventurero, es la del prólogo al libro "Aventureros y Tranquilos" de Ortega y Gasset.

En general se insiste en las dificultades de las relaciones humanas, se pone de relieve la mala adaptación social y la rebelión contra la sociedad y la autori-dad. Pero el cuadro toma formas particulares, según el instrumento utilizado para pintarlo. Por ejemplo DAVIS y MAHONEY (1957) comparan dos grupos en un - test de frases a completar: interpretan las respuestas y concluyen que los poliaccidentados tienen peores predisposiciones sociales, menos optimismo y - confianza.

SCHULZINGER (1957) dicotomiza los pacientes de un hospital: la gente del grupo A ha pagado su factura por asistencia médica y los del grupo B no la han pagado. Se comprueba que estos dos grupos, difieren en cuanto a la frecuencia de numerosos signos de mala adaptación y de irresponsabilidad y también por sus porcentajes de accidentes. En el grupo B hay un 22% de accidentados repetidos y solo el 14% en el grupo A. Otros autores, ponen en relación los accidentes con las ausencias no justificadas, las infracciones etc.

Sin duda los resultados más importantes, se obtienen con test objetivos o con cuestionarios de anotación - objetiva (porque la experiencia puede repetirse por otros autores y porque se puede establecer normas de utilización). En este campo se han utilizado pruebas de nivel de aspiración y de expectación, desembocando así en la actitud ante el riesgo que es el tema de - varios estudios del primer programa de PERZCEL (1961) que muestran las dificultades de los poliaccidentados para juzgar oficialmente sus marcas ulteriores.

WITHLOCK y GRANEL (1949) han empleado un cuestionario clásico, el de BENREUTER, pero han obtenido con él, resultados bastante aberrantes. Otros autores han construido cuestionarios específicos, por ejemplo JENKINS en los estudios (1956-61). Este autor distingue 7 síndromes asociados a la disposición a accidentes:

1- Distracción. El poliaccidentado se distrae mas facil

mente de la tarea que ejecuta.

- 2- Falta de discernimiento. El poliaccidentado muestra cierta inconsciencia y una carencia de discernimiento cuando había que actuar prudentemente.
- 3- Sentimiento de independencia social. El poliaccidentado se siente menos sometido a las reglas sociales.
- 4- Falta de sensibilidad para el prójimo. El poliaccidentado es menos sensible a los sentimientos y actos del prójimo.
- 5- Actitud irracional frente al dolor. Tiende a ser insensible e incluso a veces siente cierto placer.
- 6- Exagerada confianza en sí. Existe una confianza en sí mismo, que le impide preveer complicaciones y resultados.
- 7- Actitud social agresiva y poco integrada. No comparte las metas del grupo al que pertenece y estima que no le concierne.

Se consigue por tanto como dice MITTENECKER (1962) que todas las formas de pruebas de personalidad, se hayan empleado y especialmente las pruebas proyectivas. Así HOYOS (1964) se sirve del test de percepcion temática "T.A.T"

para examinar 189 choferes, clasificados en buenos y malos, según su número de accidentes, de delitos y de contravenciones y su actitud respecto a la seguridad, extrae de los protocolos informaciones sobre ciertas tendencias entre ellas, la agresividad y las variables de "esperanza de éxito" y "miedo al fracaso" puestos ya en evidencia por Mc CLELLAND y ATKINSON (1953).

Observamos pues que los sociólogos, han intentado por todos los medios, encontrar las pruebas sociométricas que les permitieran detectar a aquellos individuos que presentaban una mayor facilidad para accidentarse, no habiéndose podido encontrar todavía "el test predictivo".

Sin embargo el concepto de predisposición de accidentes está todavía en discusión desde que DUNBAR describió - por "accidente" que había ciertos rasgos de personalidad comunes en las personas que habían tenido múltiples accidentes, puesto que había elegido los fracturados de un hospital en un estudio realizado durante 14 años para un grupo control, intentando buscar el perfil psicosomático de los enfermos cardiovasculares. DUNBAR planteó el problema, valiéndose de un método estadístico. Se elige un grupo de enfermos, por ejemplo los poliaccidentados y se analizan todas sus características personales y familiares. Todos los datos son útiles para buscar el perfil - psicológico desde la fecundidad, hasta el triunfo en la vida o en las aficiones estéticas, logrando el material de partida, se estudian sus concordancias y discordancias.

Es una especie del método del señalamiento antropométrico de BERTILLON, llevado al término psíquico. Encontraremos muchos hombres de la misma talla, pero ya menos si elegimos para caracterizarlos, la talla de otra variante y así sucesivamente, agregando datos, dibujaremos un grupo, cuya trabazón íntima sea evidente. Lo mismo ocurre con el perfil de la personalidad.

De sus estudios se desprende que:

- El 40% de los individuos estudiados, tenían antecedentes familiares idénticos.
- El 70% presentaban rasgos neuróticos infantiles.
- El 60% tenían sentimientos de culpa después del accidente. Se trataba así mismo de sujetos aventureros e irresponsables, que hacían planes a corto plazo y querían mantener por todos los medios, una autonomía ante las figuras autoritarias.

Las características que definían el perfil de su personalidad eran:

- 1- Sujetos con una salud mejor que el término medio.
- 2- Reaccionan con gran impasibilidad ante las situaciones de "stress".
- 3- Aparición en su infancia de frecuentes fracasos escolares, como expresión de situación neurótica infantil.

- 4- Marcada tendencia a cambiar de trabajo y a presentar oscilaciones en las cifras de sus ingresos.
- 5- Espontaneidad y superficialidad en las relaciones sociales.
- 6- Aparentemente muestran buenas relaciones con el sexo opuesto, que no se ponen de manifiesto en su vida familiar y existe una tendencia a no dar importancia a los problemas sexuales.
- 7- Gran rapidez de decisión.
- 8- Consumen en exceso café, tabaco y alcohol como forma de buscar placer.
- 9- Gran inclinación por las máquinas y los deportes con nula afición a los valores intelectuales.
- 10- Tienen conflictos frecuentes con la autoridad e intentan relacionarse con estas figuras, siendo muy buenos amigos, pero de otra parte, intenta ignorar tanto como les es posible a las figuras autoritarias.
- 11- En la familia de orientación, aparecen frecuentes divorcios, pocos hijos, etc.

Ahora bien, no todos los sujetos pertenecientes a este - "perfil" sufren accidentes. DUNBAR lo explicó diciendo - que existían unos mecanismos defensivos que evitaban el accidente y que cuando estos fallaban, aquél se producía.

Frente a esta concepción de DUNBAR se alza la concepción de SCHULZINGER en su libro titulado "The Accident Syndrome" defiende este autor la teoría de que no existiría un tipo de personalidad propia del traumatizado, sino que en este

grupo, se entra y se sale de una manera continua, con arreglo a las situaciones del momento y a la problemática por la que se atraviesa. Esto quiere decir que a lo largo de la vida de un individuo, éste puede en un momento dado y por especiales circunstancias, tener - una frecuencia a accidentarse sin que é^llo suponga la existencia de un tipo especial de personalidad.

Se ha dado la edad comprendida entre los 18 y 21 años como el período de tiempo comprendido, para tener mayor número de accidentes. Sin embargo ROSS cita a - SCHULZINGER diciendo, que los hallazgos han mostrado - que los accidentes repetidos, alcanzan su máximo entre las edades de 5 a 9 años y entre los 18 y los 21. Como afirma ROSS, éstas son las edades en las cuales, los conflictos con la autoridad externa y dentro de la familia, son particularmente intensos.

MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS.-

ENFERMERIA.- Se estudia un total de 50 casos de pacientes que han sufrido a lo largo de su vida tres o mas accidentes, causantes a su vez de otros tantos números de fracturas. Eligiéndose la fractura por ser la lesion mas objetivable de la estructura músculo-esquelética y a su vez, ser la expresion de un accidente de considerable representatividad. Es decir, fracturados de repeticion osea enfermos con múltiples fracturas asincrónicas.

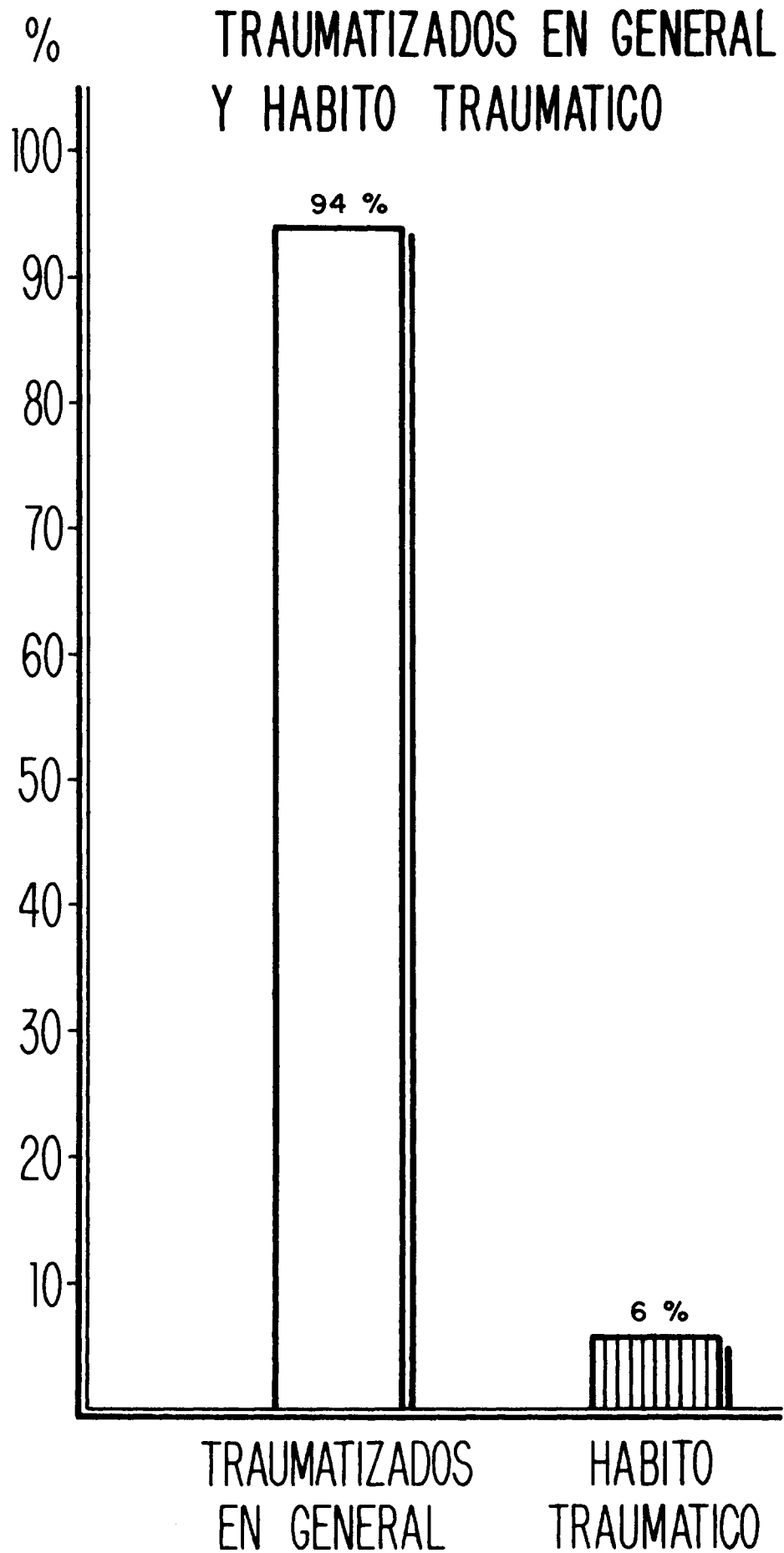
Los pacientes han sido seleccionados entre los -
tratados en el Servicio de Revisiones de Urgencia del Hospital Clínico de San Carlos de la Facultad de Medicina de Madrid, por lo que su estudio y tratamiento ha sido completo, hasta ser dado de alta clínica definitiva.

Hemos de hacer la salvedad, de que se han descartado previamente los enfermos que pudieran tener alguna causa orgánica, tanto desde el punto de vista general, como el local, de fragilidad ósea.

El porcentaje de pacientes con supuesto "Hábito - Traumático" dentro de los asistidos en nuestro Servicio, representan el 6% de los traumatizados en general (Graf. nº 1).

Teniendo en cuenta el factor causal de los acciden

INGRESOS :



-Fig. 1-

tes, se han clasificado en tres grandes grupos:

- A) Accidente casual.
- B) Accidente Laboral.
- C) Accidente de Tráfico.

A su vez se ha especificado el tipo de accidente motivo de su ingreso, tanto para los traumatizados en general (Fig. 2) como para los de supuesto hábito traumático (Fig. 3) y los anteriormente sufridos así como la localización de sus fracturas y su porcentaje en la distribución anatómica de las mismas. (Fig. 4 y 5).

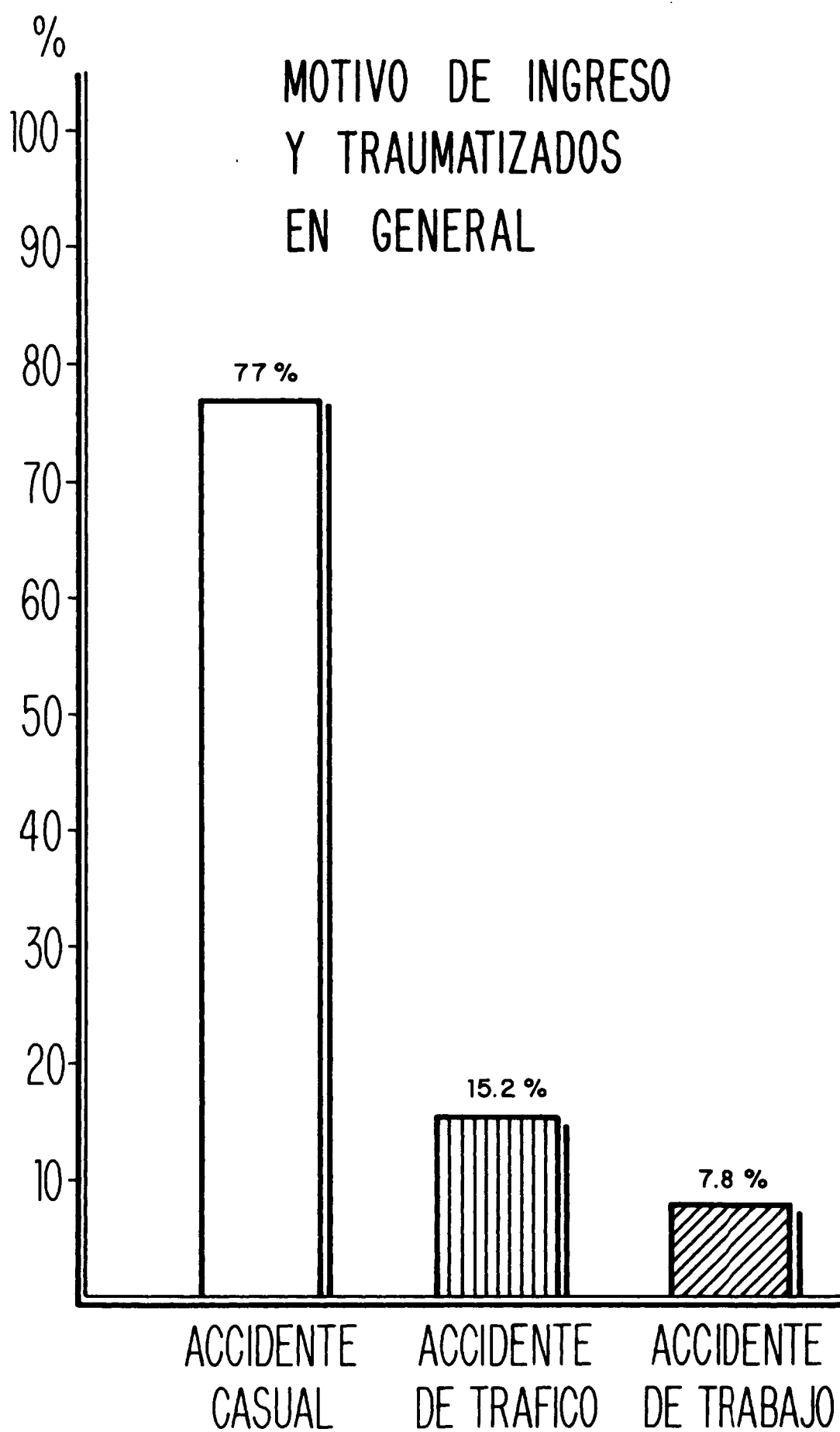
METODO.- Sistemáticamente se ha procedido con cada uno de los pacientes de acuerdo con las siguientes pautas:

1º.-Historia Clínica. Que abarca desde los datos de filiación, pasando por los antecedentes personales y familiares del enfermo, estado subjetivo por aparatos, enfermedad actual y exploración. Ficha sociomédica.

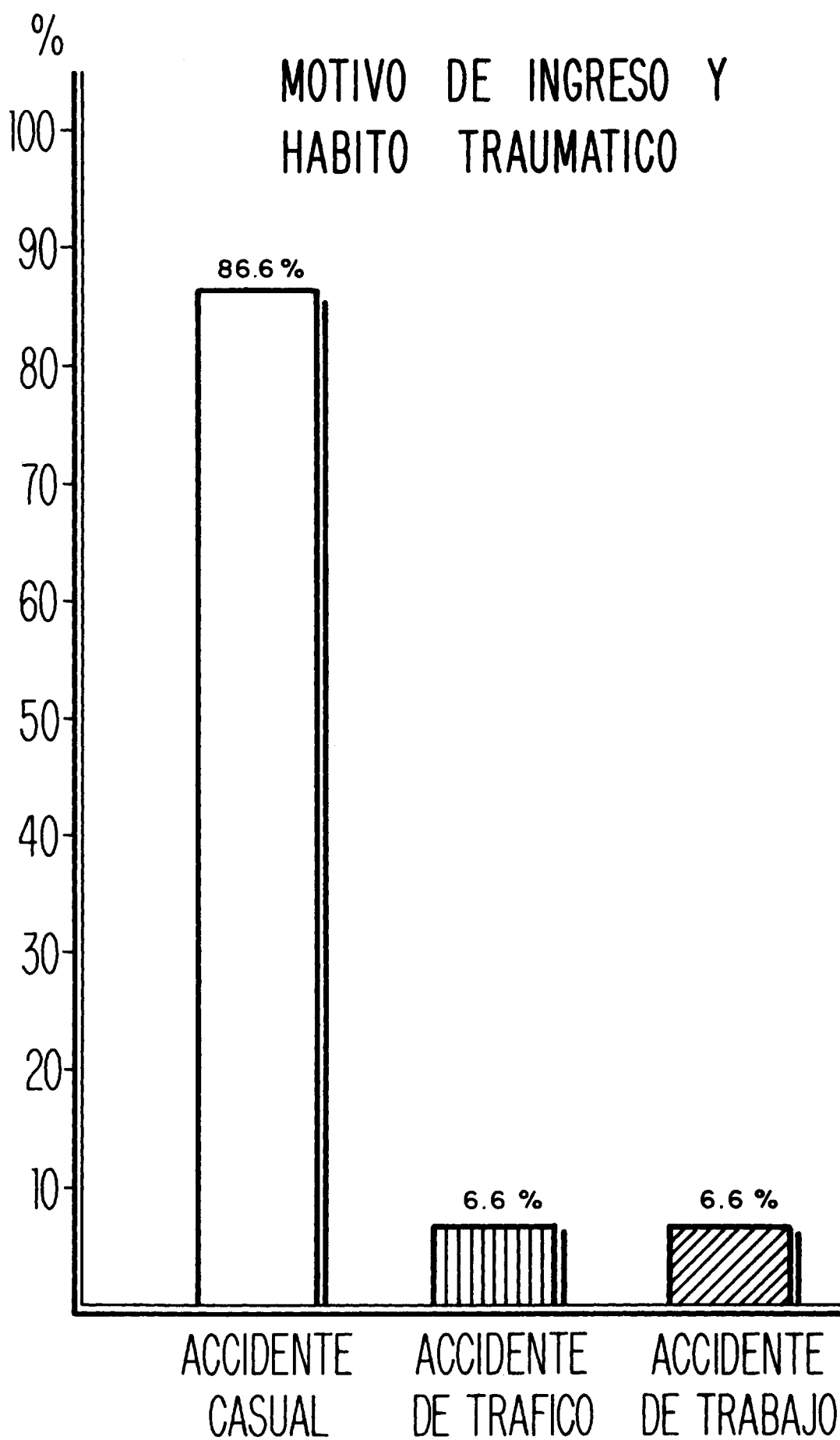
Exploraciones complementarias:

- a) Estudio analítico.
- b) Estudio radiológico.
- c) Estudio electroencefalográfico.

Patobiograma.



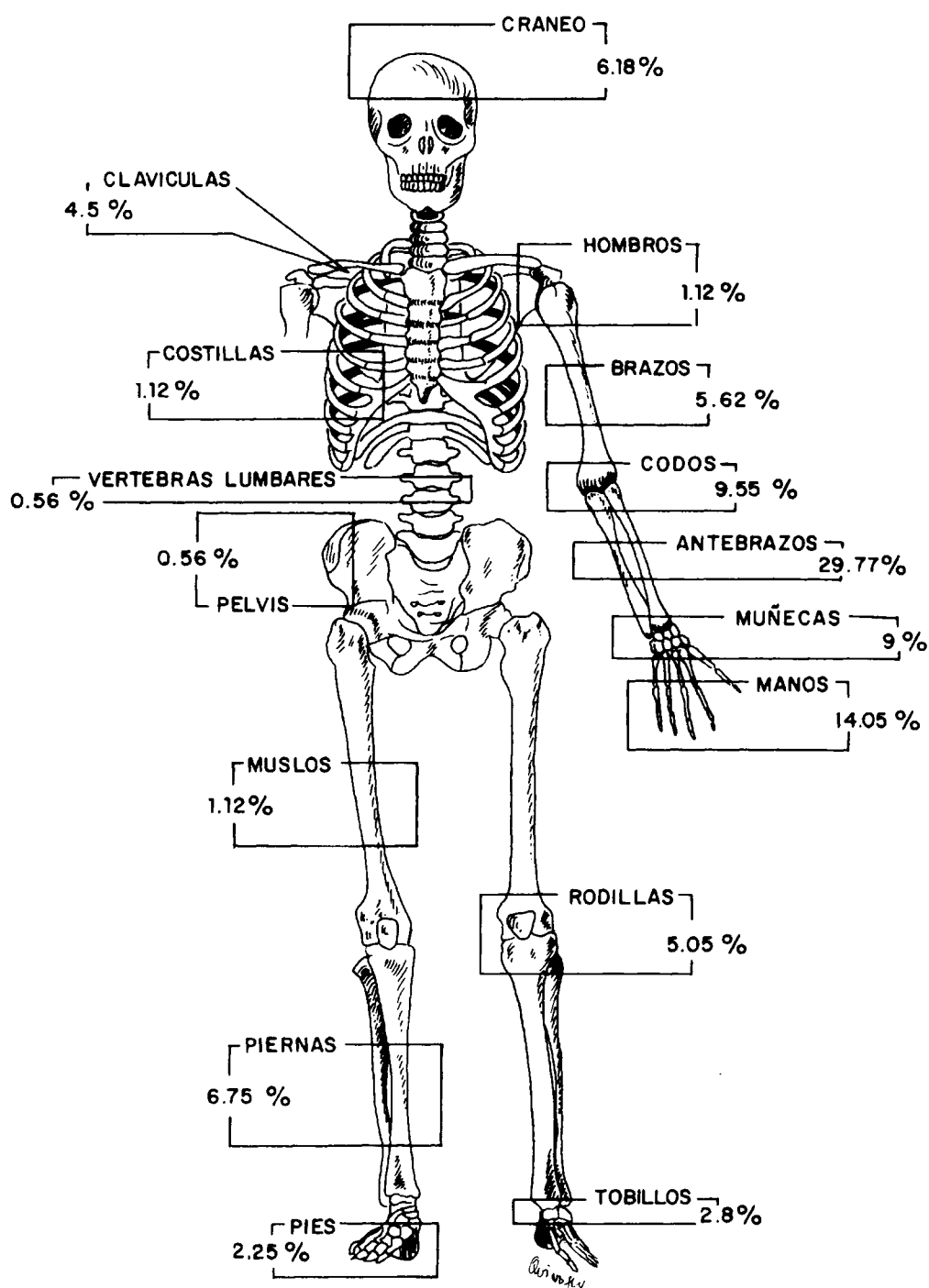
-Fig. 2-



-Fig. 3-

HABITO TRAUMATICO

DISTRIBUCION ANATOMICA DE LAS FRACTURAS



-Fig. 4-

CASO	CRANEO	CLAVICULA		HOMBRO		BRAZO		CODO		A. BRAZO		MUÑECA		MANO		COSTAL	C. LUMBAR	PELVIS	NUSLO		RODILLA		PIERNA		TOBILLO		PIE	
		I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D				I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
1										2	2																	
2							1							1								1						
3							1						1													1		
4											△			①												①		
5							②				△	①																
6											2	1																
7													1								△							△
8							1														1	1						
9											1	1											1					
10											2	3																
11		1	1				1				1																	
12							1					3																
13									1				1	1														
14										1	1	1												1				
15			1											1								1						
16		1									1	1																
17			1											①			①											
18											1			1										1				
19		1									1	1																
20		1										1												1				
21		△													1											1		
22											2				1													
23											②	1																
24												2			1													
25		1										1				1								1				

□ ACCIDENTE CASUAL

○ ACCIDENTE TRABAJO

△ ACCIDENTE TRAFICO

CASO	CRANEO	CLAVICULA		HOMBRO		BRAZO		CODO		A. BRAZO		MUÑECA		MANO		COSTAL	C. LUMBAR	PELVIS	MUSLO		RODILLA		PIERNA		TOBILLO		PIE	
		I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D				I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
26												3			1													
27	2									1				1														
28										1	2	1																
29														1	②								①					
30								1			1												1	1				
31																		1							1		1	
32										1	2																	
33					1				1				1		①							①						
34	⚠								1			1			2													
35	1				1									2		1						1	1				1	
36											1	2													1			
37								3	1																			
38											1	2																
39											2	1																
40															②							①						
41											1	1			1									1				
42			1											1														
43														2								1						
44															2												1	
45									1				1											1				
46	1										1			1														
47				1					1														1					
48								1						1									⚠		1			
49											1			1	1													
50				3																								



ACCIDENTE CASUAL



ACCIDENTE TRABAJO



ACCIDENTE TRAFICO

2º.- Estudio analítico. Que comprende:

- a) Test proyectivos.
- b) Entrevistas, segun técnica psicoanalítica.
- c) Pruebas de orientación espacial.
- d) Evaluación global.

Historia Clínica del accidentado:

A) Datos de filiación:

- 1º.- Edad
- 2º.- Sexo
- 3º.- Estado Civil
- 4º.- Nº de hermanos y lugar que ocupa entre ellos el accidentado.
- 5º.- Su orden y composición por sexo.
- 6º.- Nivel cultural. Se ha diferenciado a su vez cuatro parámetros:
 - a) Enseñanza Primaria.
 - b) E. General Básica.
 - c) Bachiller.
 - d) E. Superiores.

B) Antecedentes familiares:

C) Antecedentes Personales: En los que se especifican todos los dignos de mención y dentro de los traumáticos el número, el tipo de accidente, su localización, tratamiento, tiempo de evolución resultados obtenidos y secuelas si hubiese que dado.

D) Estado subjetivo por aparatos. Haciendo especial hincapié en el aparato locomotor.

E) Enfermedad actual. En la que se indagan sobre el tipo de accidente (casual, tráfico, trabajo) actitud del accidentado en el momento de este (pasiva activa) comportamiento del accidentado frente al evento y justificación, su manera de integrarlo y de vivirlo, tipo de fractura y localización.

Ficha sociomédica.-

(Segun modelo incluido al final de este capítulo)

Exploraciones complementarias:

A) Estudio analítico: que comprende sistemático de sangre, orina, calcio, fósforo, fosfatasas..

B) Estudio radiológico: que abarca desde el inicial de la lesión, motivo de la asistencia, pasando por los controles oportunos, tras su reducción, si fue se precisa y los pertinentes en su evolución, hasta el último, al ser dado de alta. Así mismo se acompaña, segun los casos, estudios radiológicos de las anteriores lesiones.

C) Estudio electroencefalográfico. No tiene otra finalidad, que la de descartar, algún proceso orgánico enmascarado y determinante o favorecedor del proceso

que nos ocupa. Se han apreciado signos de excesiva tensión emocional en un 5% de los casos que - tienen un carácter de denuncia de una situación de stress emocional más de carácter totalmente - inespecífico.

Patobiograma.-En el se inscriben de una manera objetiva en el decurso de los años, los acontecimientos personales, familiares y motivacionales, a su vez - que la patología que el enfermo ha tenido y su posible interrelación.(Se adjunta modelo al final de este capítulo).

Estudio analítico:

Realizado en el Servicio de Medicina Psicosomática de la Cátedra del Profesor Fernández Cruz. Que comprende:

a) Test proyectivos. Se han empleado dos baterías de test de personalidad, según se haya tratado de niños o adultos.

En los niños se han realizado:

- 1- El test de la familia de Corman
- 2- El C.A.T.
- 3- El Rorschach

En los adultos se han realizado:

- 1-El MACHOVER
- 2-El T.A.T.
- 3-El Rorschach



Test del dibujo de la familia de Corman.-

El dibujo es un medio de expresión libre.

El dibujo de la familia es un test de personalidad que podemos interpretar basándonos en las leyes de la proyección.

El dibujo espontáneo de un niño nos puede revelar además de su modo de percepción de lo real y su vida afectiva, un cierto grado de su nivel intelectual.

El dibujo libre, es una proyección y favorece la extensión de las tendencias inconscientes.

Se utiliza el test de la familia, como test proyectivo, porque nos permite obtener del sujeto, una proyección de su personalidad global consciente e inconsciente.

Se lleva a cabo el test instalándose al niño ante una mesa con una hoja de papel y un lápiz blando, dándole la indicación de "dibujar una familia" o bien "imagina una familia que tu inventas y dibújala".

"Children's Apperception test" C.A.T.

El C.A.T. fue publicado en 1949 por Leopold BELLAK y consiste en esencia en un T.A.T. para niños de 3 a 10 años.

Se compone de 10 láminas que representan animales en diversas situaciones humanas habituales para los niños. La elección de animales en vez de figuras humanas fue hecha por el BELLAK a instancias del psicoanalista Ernst KRIS, pues parece demostrado que los niños tienen mayor facilidad para identificarse con animales que con personajes humanos. La administración, evaluación e interpretación del C.A.T. se basa en los mismos principios que en el T.A.T.

Test de Rorschach.-

La literatura tan abundante acerca del test de Rorschach, suele señalar invariablemente a Leonardo de Vinci y al poeta alemán Justinio Kerner como los precursores del mencionado test. Bien que Leonardo en el siglo XVI escribiera: "Si miras cualquier muro que se halle resquebrajado y cubierto de manchas puedes llegar a ver extraordinarios paisajes, y, con un poco de imaginación encontraras en él analogías con montañas, valles, ríos, árboles, llanuras y cerros de todas las clases" y que más tarde el mencionado poeta hacia la mitad del siglo XIX utilizara los estímulos de las manchas de tinta lanzadas al azar sobre un papel como incentivo de su inspiración poética, publicado en un libro de poesías sugeridas mediante este procedimiento, titulado Kleksographie es obvio que tales antecedentes son puramente literarios y que la idea de utilizar manchas de tinta -

para "estimular la imaginación" utilizándolas como instrumentos de investigación psicológica se deben a BINET y HENRY.

Efectivamente estos autores, fueron los primeros en 1895 en llamar la atención sobre la posibilidad de estudiar la imaginación y la fantasía a partir de manchas de tinta, pero sin llegar a sistematizar el método, que fue desarrollado enseguida por psicólogos ingleses y americanos como WHITPLE, DEARDON y BARTLET. Parece ser que estos trabajos no llegaron a ser conocidos por RORSCHACH a la sazón en Münsterlinger (Suiza). Es en 1921 cuando Rorschach publica su Psychodiagnostik, estimulado por una publicación precedente, efectuada en el Servicio de Bleuler por S. Heng y titulada "Exploración de la fantasía mediante la ayuda de manchas sin forma en los niños, en los adultos normales y en los enfermos mentales". Rorschach a la sazón criticó este trabajo, fundamentalmente al discrepar con S. Heng que el método sirviera únicamente como medio de explorar la fantasía.

El material del test está compuesto por 10 láminas blancas, satinadas, en el centro de las cuales hay una mancha simétrica que ocupa la mayor parte de la superficie de la lámina.

Las láminas I, IV, VI y VII son negras, las II y III negras y rojas y la VIII, IX y X policromadas, son -

presentadas al sujeto en el orden adecuado, tras explicarle que se le van a presentar unas láminas con ciertas manchas de tinta que se semejan a diversas cosas y que deseamos que no vaya diciendo todo lo que a él, le sugieran. No se limita el tiempo, ni el número de respuestas. Se anota, eso sí, el tiempo de comienzo de la prueba y el tiempo final, así como el tiempo de reacción, (tiempo que tarda el sujeto en dar la primera respuesta, ante cada lámina). Las respuestas dadas por el sujeto se anotan exactamente, sin modificar las formas de expresión e indicando sus pausas, dudas, preguntas, exclamaciones y todo, en fin, cuanto el sujeto dice o hace ante nosotros.

Test de Machover.-

Dentro de los test de creación artística, figura en el grupo de los de técnicas controladas, ya que el sujeto tiene que acatar ciertas normas previas que pueden ser, según los casos, más o menos rígidas y pueden referirse a diversos aspectos de la tarea en sí o de la forma en llevarla a cabo.

Consiste en dibujar dos personas: un hombre y una mujer, y su interpretación se basa en la comparación de las figuras masculina y femenina, realizadas por el sujeto desde el punto de vista de su primera elección ¿ hombre o mujer? y de otras características espaciales, simbólicas y del trazado, así

como de las asociaciones subsiguientes del sujeto.

Test de Apercepcion Temática (T.A.T.).-

El Tematic Apperception Test (T.A.T.) es en el momento actual, el test de la personalidad que más se emplea en todo el mundo después de Rorschach.

Su autor es Murray que publicó el test en colaboración con Morgan y otros colaboradores en la Universidad de Harvard en el año 1935. El material está compuesto por una serie de láminas que contienen escenas con uno o más personajes en situaciones ambiguas, dicho test sufrió después diversas modificaciones, hasta llegar a su forma actual, publicada en 1942.

La tarea que debe de realizar el sujeto al que se le aplica, consiste en hacer relatos, sobre las situaciones representadas en las láminas que le presentan y la hipótesis en que se basa la interpretación del test consiste en admitir que el sujeto se identifica con el personaje principal de cada una de las historias que vá contando y que este personaje posee, las actitudes, los motivos y las emociones que son habituales en el sujeto, por lo que el comportamiento de este, sería el que se adoptaría en una situación análoga.

Está constituido por 30 láminas que contienen diversas escenas y una lámina en blanco. En total son, pues

31 láminas. De todas ellas se aplican solamente 20 a cada sujeto, seleccionándose las láminas que se han de administrar según la edad y el sexo, para lo cual llevan en el dorso, la correspondiente clave. Esta consiste en una numeración correlativa y -en varias láminas- además del correspondiente número una o dos letras.

b) Entrevistas: Según técnicas psicoanalíticas. Se practica una media de 2 a 3 entrevistas por paciente, con una duración de 30 minutos. En los casos en el que el paciente es un niño, se le entrevistaba con la madre o bien se la entrevistaba a ella aparte.

En algunos casos las entrevistas han sido recogidas en video-tape, para su posterior proyección y estudio.

Se ha intentado recoger rasgos de la personalidad - del paciente. Desde el punto de vista:

- 1- Individual
- 2- Familiar
- 3- Del entorno en que convive

Dado que la mayor parte de nuestra casuística son solteros y a su vez, bastante, en una edad dependiente de los padres, recogemos solamente aquellos parámetros correspondientes a la familia de Orientación. Dentro de ella diferenciamos tres planos o niveles.

- a) Estructural
- b) Funcional
- c) Situacional

En el primero de ellos, se incluyen cuantos fenómenos o hechos acontecen en el grupo familiar y que inciden en la propia estructura del susodicho grupo. Distinguiremos las siguientes variables:

- 1- Ausencia de estructura Base
- 2- Pérdida prematura o representativa de uno o ambos progenitores
- 3- Incorporación de nuevo cónyuge
- 4- Cuidado prolongado por figuras vicariantes.
- 5- Ausencia o exceso de hermanos
- 6- Anomalías de edad (diferencias acusadas de edad - entre los cónyuges)
- 7- Graves perturbaciones
- 8- Abandonos totales o parciales y prematuros

En cuanto al segundo de los parámetros, el referente a las anomalías funcionales, se recoge aquel conjunto de anormalidades que incidan de modo manifiesto en la propia funcionalidad del grupo en su totalidad o en algunas de las partes de éste.

Las variables las limitaremos a los siguientes apartados:

- 1- Anomalía grave de la personalidad de una o ambas figuras.
- 2- Padre autoritario-madre débil
- 3- Inversión de Roles
- 4- Duplicidad de la función Materno-Paterno o fracaso de la figura Vicariante.
- 5- Delegación y/o asunción por el paciente de alguna de las figuras Materno-Paterno.
- 6- Rechazo sistemático latente o manifiesto.
- 7 Pautas rígidas y persecutorias en la esfera sexual.
- 8- Interrelaciones.

Finalmente el conjunto de anomalías situacionales trata de recoger aquellos movimientos propios de la dinámica de todo grupo en su devenir cotidiano, entroncando con la realidad e interdependiente del acontecer y circunstancia del lugar, tiempo y momento. Desglosado en los apartados siguientes:

- 1- Eventos
- 2- Conducta reactiva
- 3- Transtornos emocionales
- 4- Conflictos

De acuerdo con este conjunto de parámetros el estudio y balance de nuestra casuística nos arroja los siguientes resultados.

I CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL
Y PROPEDEUTICA CLINICA

Prof. A. FERNANDEZ-CRUZ

Depart. de Medicina Psicosomática

Dr. F. MARTINEZ LOPEZ

PATOBIOGRAMA-5

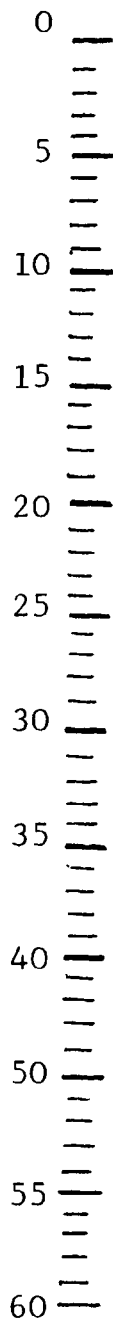
Apellidos

Nombre

Patología

Edad

Acontecimientos



-52-

H A L L A Z G O S.-

A) Recogidos a través del fichaje.

Datos de filiacion:

EDAD.-	HABITO TRAUMATICO	TRAUMATIZADOS EN GRAL.
0 a 4 años	--	7,20%
5 a 9 "	6,67%	13,40%
10 a 14 "	26,67%	16,80%
15 a 19 "	13,33%	11,40%
20 a 24 "	30,--%	9,--%
25 a 29 "	13,33%	7,80%
30 a 34 "	--	5,60%
35 a 39 "	--	3,80%
40 a 44 "	3,33%	6,--%
45 en adelante	6,67%	19,--%
	(Fig. 6)	(Fig. 7)

SEXO.-	HABITO TRAUMATICO	TRAUMATIZADOS EN GRAL.
Varón	76,67%	62,20%
Hembra	23,33%	37,80%
	(Fig. 8)	(Fig. 9)

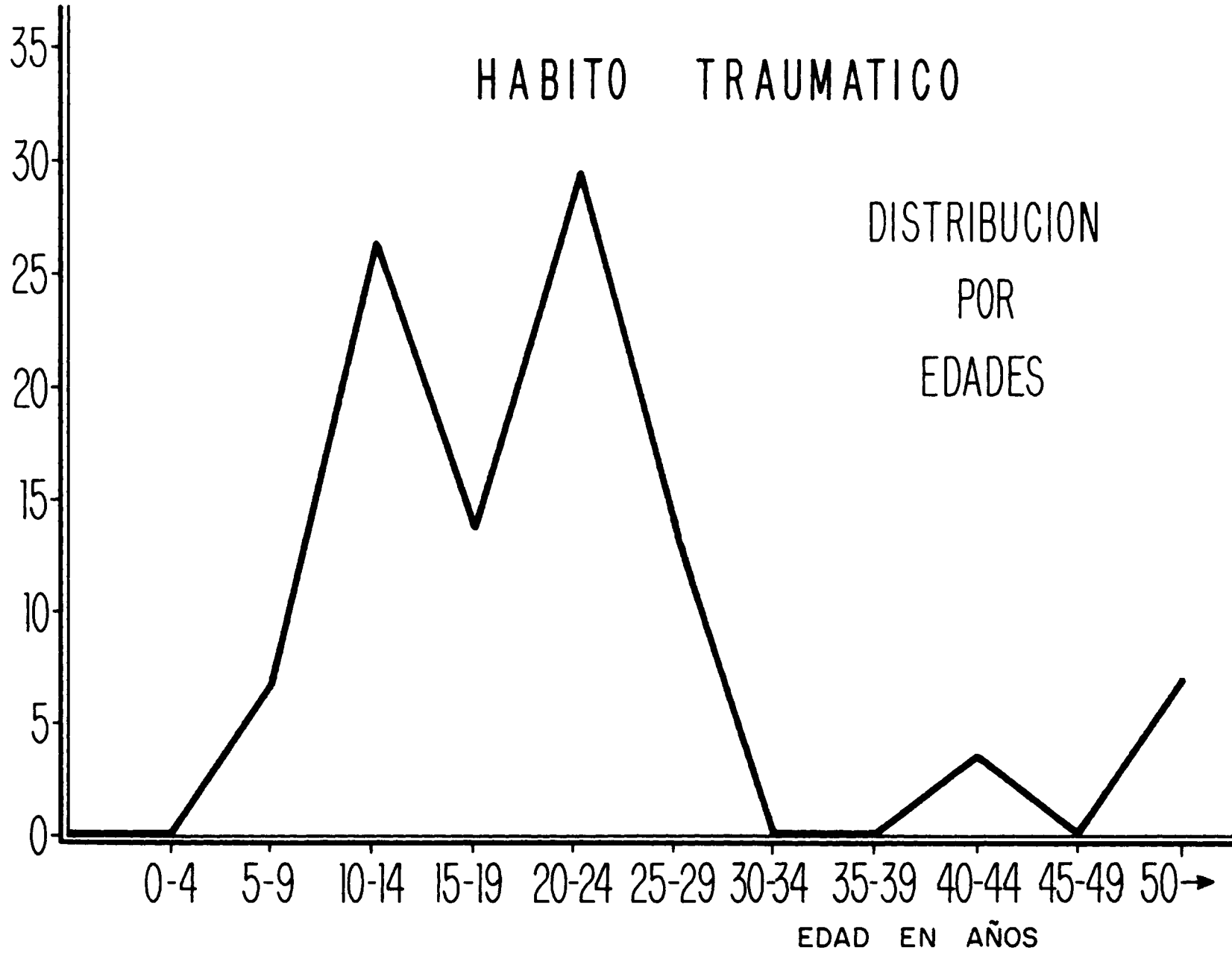
ESTADO CIVIL	HABITO TRAUMATICO	TRAUMATIZADOS EN GRAL.
Soltero	90,--%	64,20%
Casado	10,--%	31,60%
Viudo	--,--	4,--%
Religioso	--,--	0,20%
	(Fig. 10)	(Fig. 11)

HABITO TRAUMATICO

DISTRIBUCION
POR
EIDADES

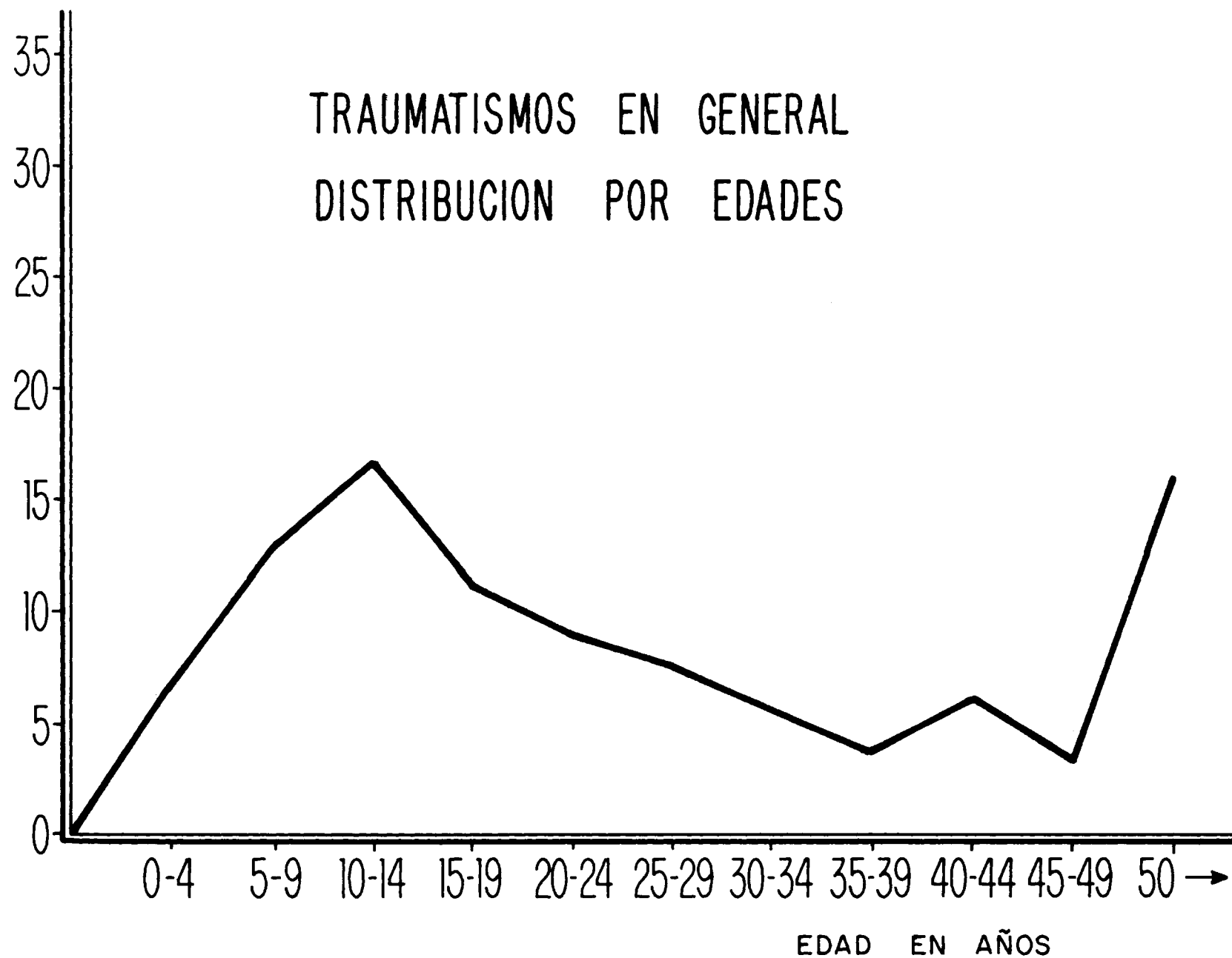
-Fig.6-

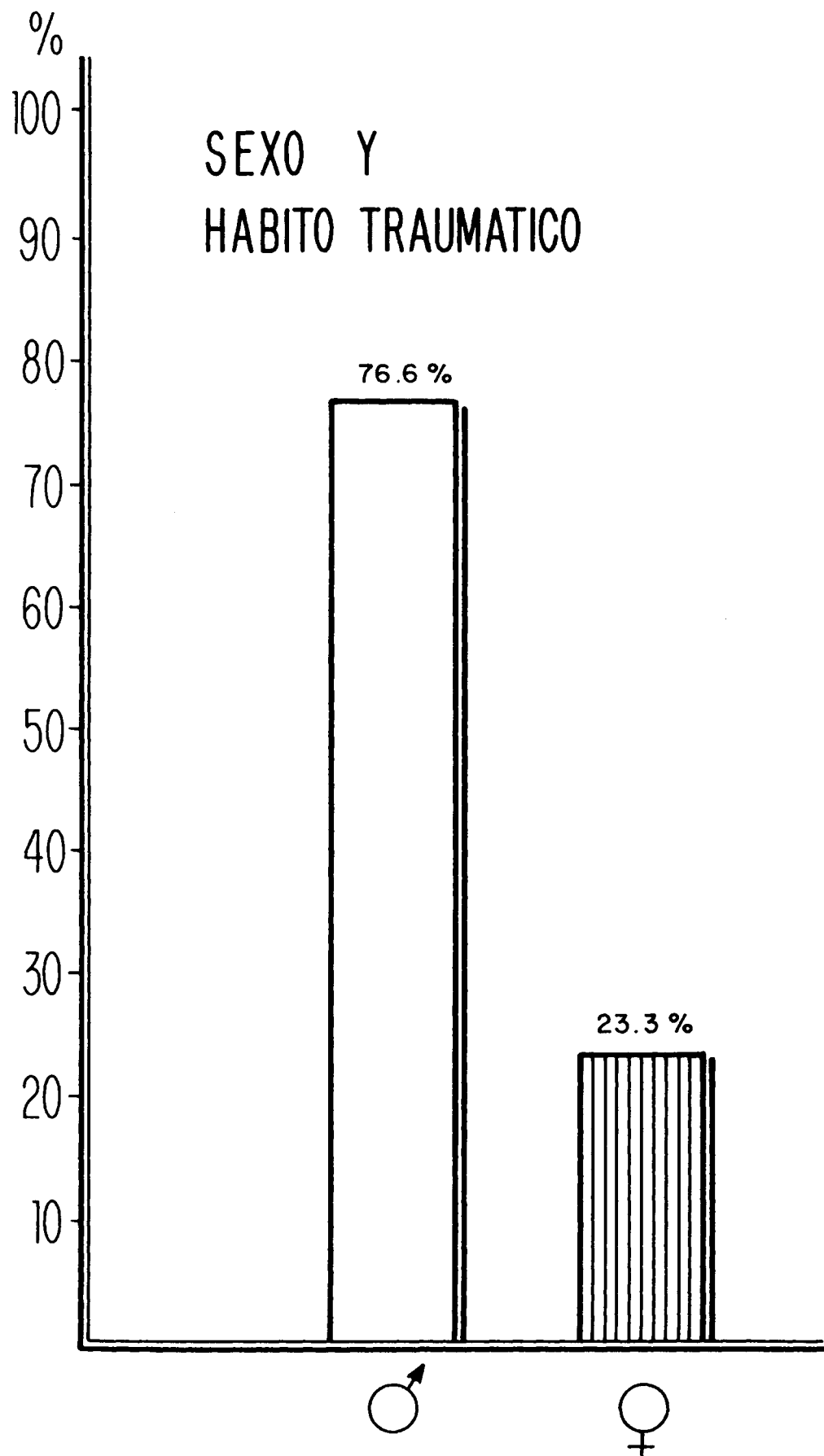
-54-



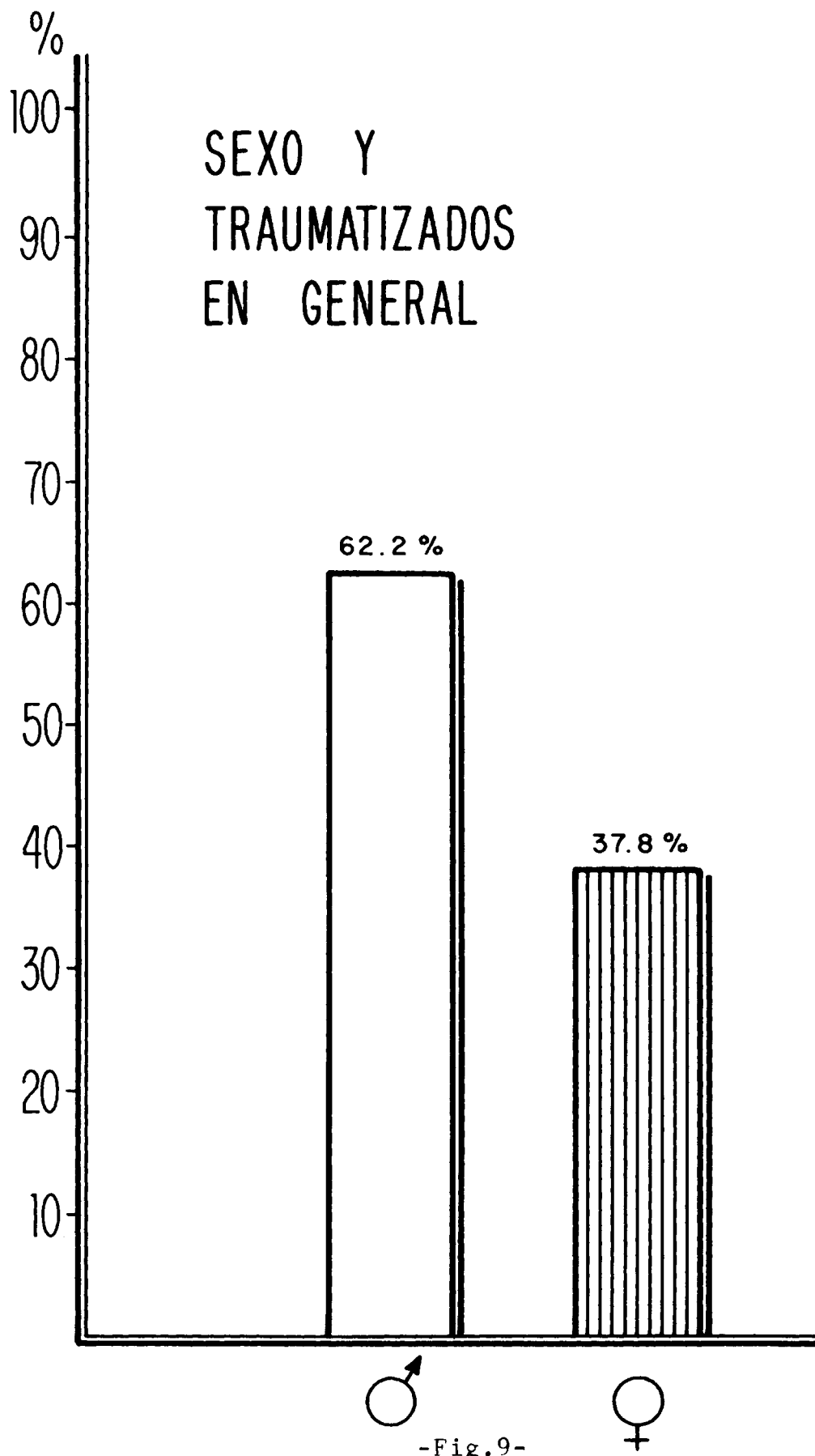
TRAUMATISMOS EN GENERAL DISTRIBUCION POR EDADES

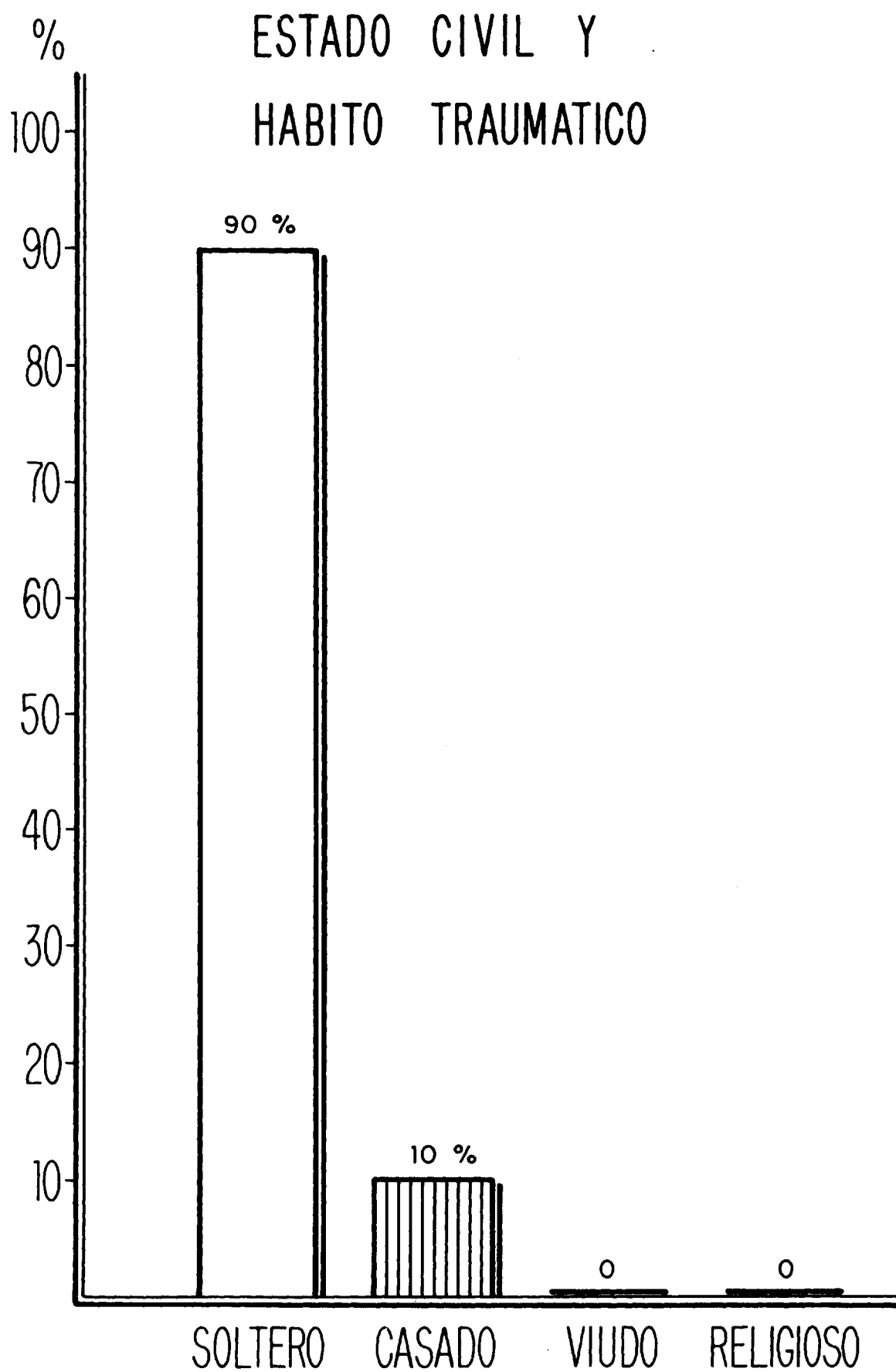
-Fig.7-



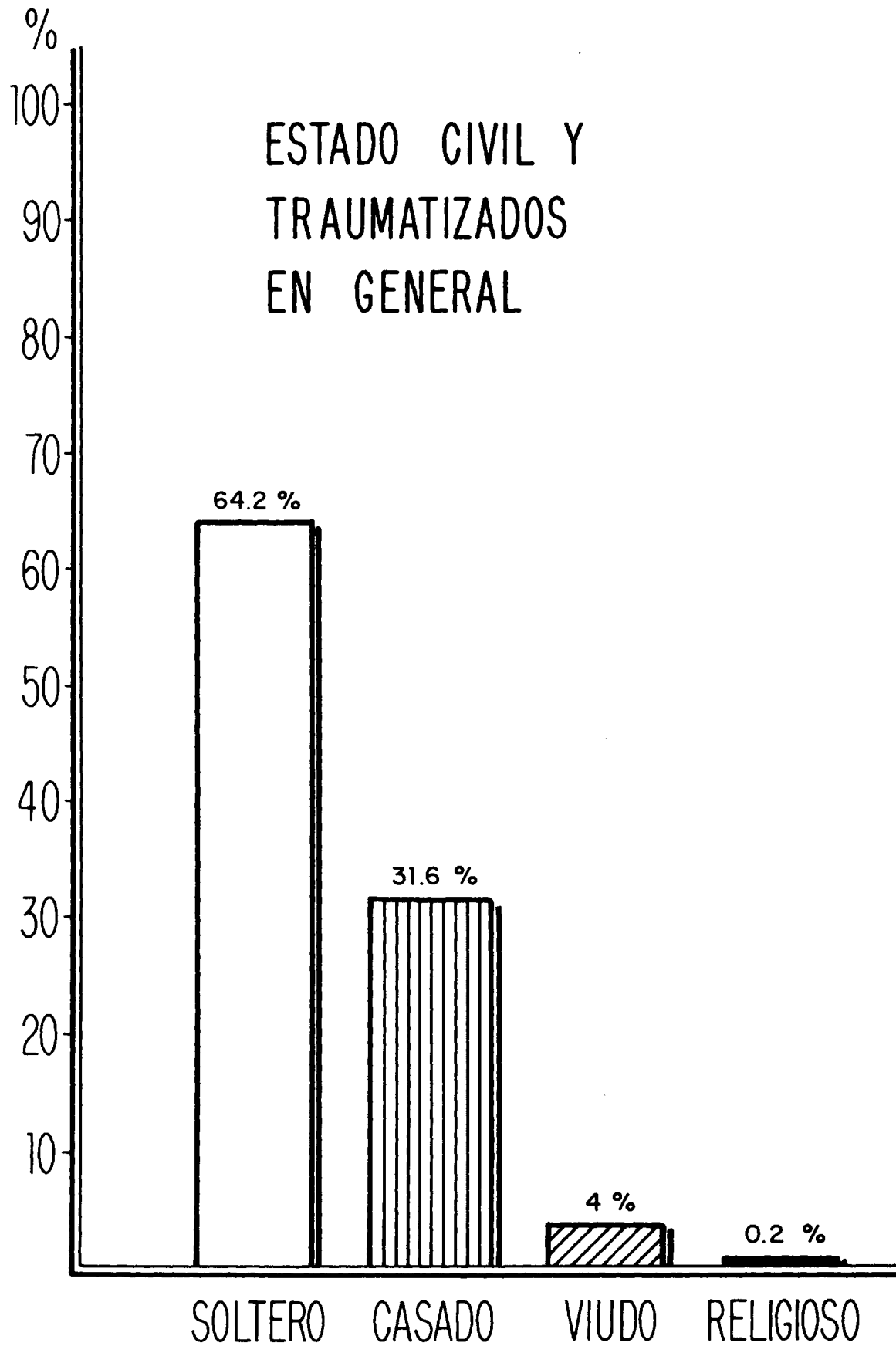


-Fig.8-





-Fig. 10-



-Fig. 11-

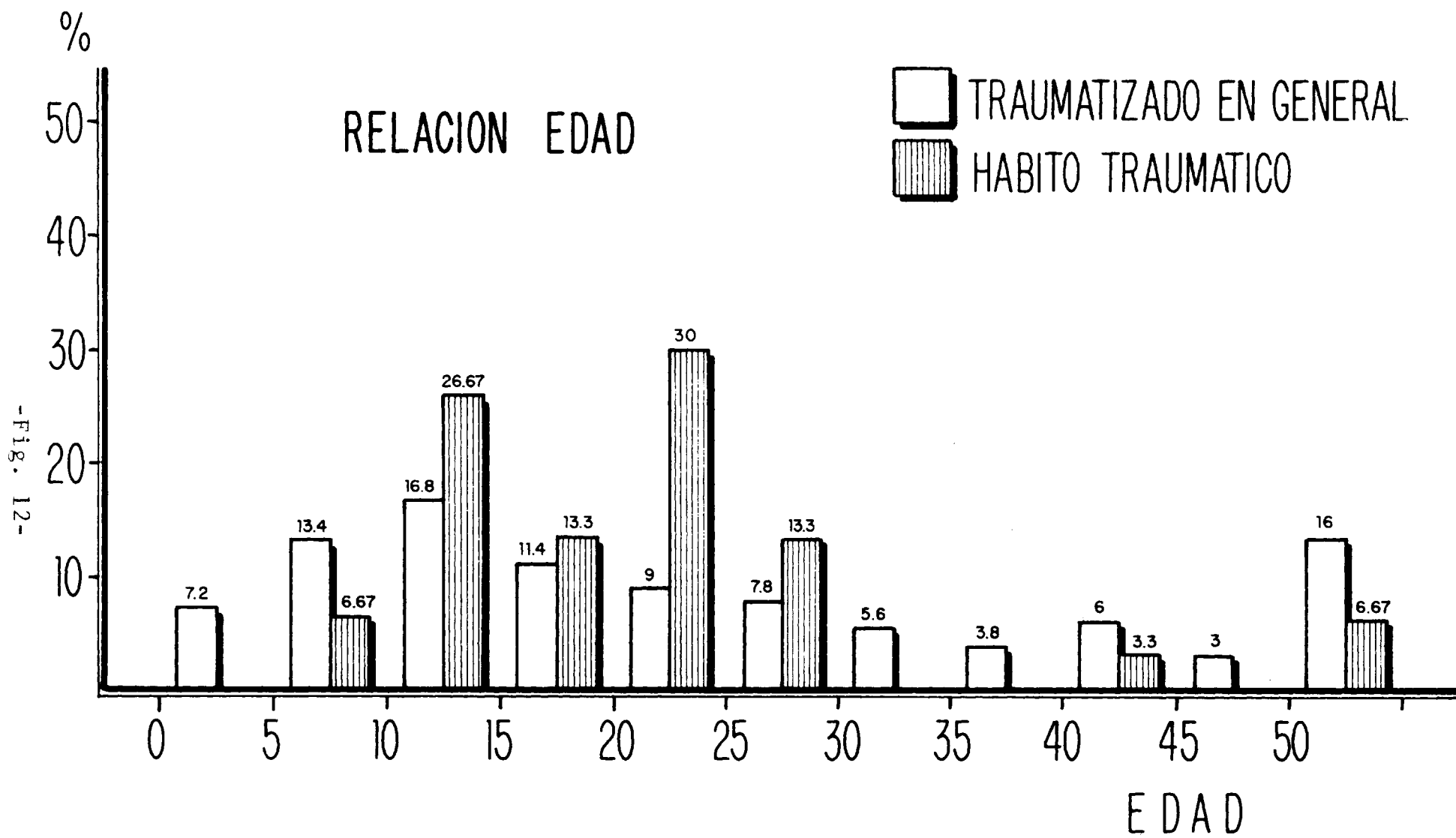
De entrada resalta tres hechos que merecen un comentario aparte en lugar oportuno:

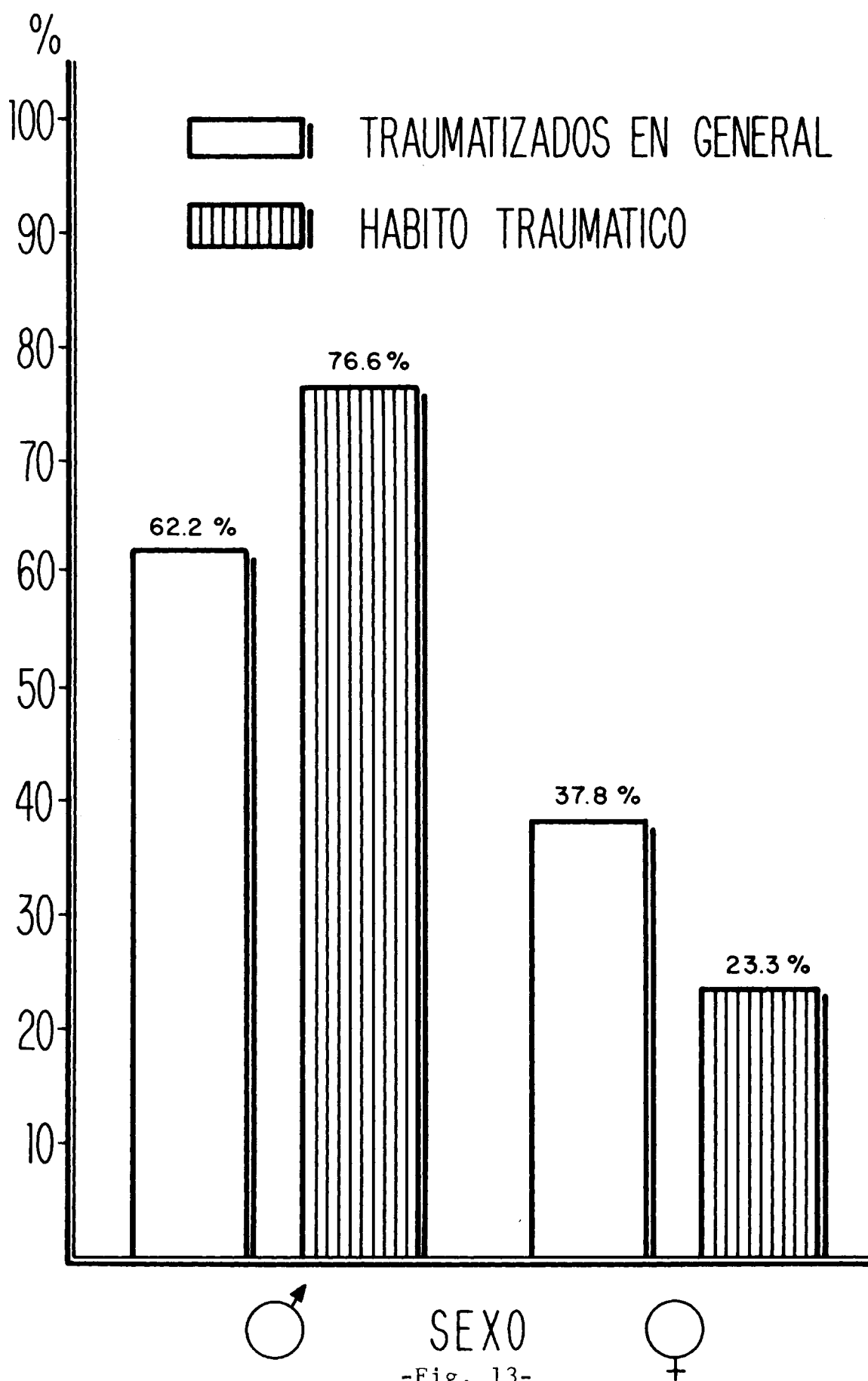
- 1º) La concentración de casos de forma relevante, entre las edades de 4 a 14 años (33,33%) y de 15 a 24 años (43,33%).Correspondientes con dos períodos de la vida tan peculiares como subjetivos (Fig. 12).
- 2º) El elevado porcentaje de varones (76,67%) ¿es un azar? obvio para este tipo de enfermería (Fig. 13).
- 3º) El predominio que por otro lado, quedaría insuficientemente explicado si por única razon o motivo se recurriese a la edad de la casuística recogida, de solteros sobre casados.

Finalmente y a título indicativo, consideramos que dentro de la casuística a que nos venimos refiriendo nos llama la atención, también,el número de pacientes zurdos o ambidiestros (10%). No es habitual que nos encontremos dentro de nuestra experiencia con un porcentaje tan elevado en ningún otro tipo de enfermería. Valga pues este hecho como una característica más, entre las que venimos consignando como propias o peculiares de esta patología que nos ocupa.

POSICION O LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS

Sin hermanos		5
Con un hermano	Mayor (el paciente)	4
	Menor (el paciente)	5
Con dos hermanos	Mayor	6
	Intermedio	5
	Menor	4
Con 3 hermanos	Mayor	1
	Intemedio	4
	Menor	1





-Fig. 13-

Con 4 o más hermanos	Mayor (el paciente)	2
	Intermedio "	10
	Menor "	3

Su distribución viene a ser homogénea aunque hay un discreto predominio de los lugares intermedios, a - nuestro entender lógico, ya que se trata de familias numerosas.

ORDEN ENTRE LOS HERMANOS Y SU POSICION POR SEXOS.

Pretende buscar la posibilidad de que un predominio del sexo, de cualquier signo, del paciente con el resto o el total de los hermanos, pudiese arrojar algún dato significativo:

	Nº de casos	13
Quando el paciente es el	Con predominio	
<u>mayor</u>	del mismo sexo	10
	Equivalentes	2
	Predominio del	
	sexo opuesto	1

	Nº de casos	19
Quando el paciente ocupa	Predominio del	
un lugar <u>intermedio</u>	mismo sexo	10
	Equivalentes	4
	Predominio del	
	sexo opuesto	5

	Nº de casos	13
	Predominio del	
	mismo sexo	4
Cuando el paciente es el	Equivalentes	5
<u>menor</u>	Predominio del	
	sexo opuesto	4

TOTALES	Predominio del	
	mismo sexo	24
	Equivalentes	11
	Predominio del	
	sexo opuesto	10

Nº TOTAL DE HERMANOS DE LOS GRUPOS FAMILIARES ESTUDIADOS
Y MEDIA POR GRUPO

Total de casos estudiados	50
Total de hermanos	190
Media	3,8

Se bordea el límite de una familia numerosa. Curiosamente el porcentaje coincide con la media de hijos de seados por familias analfabetas (I.N.E.)

NIVEL CULTURAL DE LOS CASOS ESTUDIADOS

HABITO TRAUMATICO

I Altamente cualificada	--
II Empleado u obrero especializado	3,33%
III Empleado u obrero sin especializar	33,33%
IV Estudiantes	56,67%
V Hogar	6,67%

TRAUMATIZADOS EN GENERAL

I Altamente cualificados	0,60%
II Empleado u obrero especilizado	6,80%
III Empleado u obrero sin especializar	26,40%
IV Estudiantes	49,40%
V Hogar	16,80%

B) Acerca de los rasgos de la personalidad del paciente deducidos a través de la técnica de entrevista analítica.

Primariamente, creemos interesante reseñar el primero de los fenómenos que por novedoso, dentro de la tarea habitual del Servicio, llama la atención. El hecho consistirá en las fuertes y manifiestas resistencias con que - este tipo de paciente se expresa ante la propuesta de - ser estudiado por el Servicio de Medicina Psicosomática.

Esta resistencia se traducirá en una "mortalidad" de origen muy notorio -por huida- y por supuesto inédita en la casuística estudiada por nosotros. El paciente o se negaba a acudir al Servicio o aceptaba desplazarse pero desde la misma sala de espera acababa marchándose. En otras ocasiones su abandono sin retorno tendría lugar una vez aportados los datos de su fichaje. Apercebidos de este fenómeno, procuramos poner los medios a nuestro alcance con el fin de paliar o evitar que nuestra pérdida de enfermería se diese de forma tan alarmante. Pese a ello y aliviados un poco de esta desbandada inicial, desbandada que unas veces era motivada por iniciativa propia y otras por decisión familiar (padre, en el caso de los niños), el enfermo acababa pasando por cada una de las pruebas que nos habíamos marcado como sistema de estudio. No obstante, no resultaba difícil apreciar una cierta resistencia que se haría patente a lo largo de cada una de las etapas a recorrer. Resistencia, desconcierto y poca o nula confianza en la tarea que se realizaba. Como si fuese algo tan ajeno a lo que ocupaba al interesado, que este se expresaba en términos de poca confianza o de sorpresa, cuando no agresivos o pensando que aquello era algo que "no venía a cuento". En conjunto el porcentaje de pacientes "perdidos" antes de iniciar su estudio y frente a casi una nula "mortalidad" en este sentido, referida a cualquier otro tipo de enfermería, asciende al 37%.

1- Aspectos individuales. -Partiendo de la base real de la patología traumatológica que determina el estudio y tratamiento de estos pacientes, hacemos en un momento dado, una extrapolación y cambiamos de perspectiva, enfocando la problemática específica de una fractura y/o accidente dentro de un contexto mas amplio, tomando como centro u órgano-diana de nuestro trabajo, la personalidad del individuo y su supuesto papel como determinante de la susodicha patología.

Desde este nuevo, más amplio y profundo ángulo, podemos observar un conjunto de notas que permitirán, en principio, hablar de un auténtico perfil dada la frecuencia y analogía con que se irán sucediendo de uno a otro paciente.

Detectado fácilmente por el propio interesado, o por los padres y/o los hermanos, así como verificado por los propios test, nos vamos encontrando con una serie de rasgos que en algunos de ellos, alcanzan porcentajes superiores al 80% de nuestra casuística. Veámos cuales son éstos:

-Agresividad, tan manifiesta como desmedida e incontrolada. Generalmente vertida al exterior, a través de una serie de expresiones de su comportamiento, en especial con los hermanos y/o los padres.

Fácilmente la podemos ver, conforme vayamos discurrendo

do sobre algunas de estas pautas de comportamiento. Otro tanto o más de esta agresividad intensa, se vierte contra el propio interesado y es muy posible, que desempeñe un papel fundamental en sus accidentes o -fracturas.

Oposicionismo. Testarudez. "Mire Vd. es un cabezón..." "No dá el brazo a torcer..." "Tengo que ceder yo, por que sino le mataría..." "Aunque me digan una cosa, si yo pienso otra pues la hago. Luego me pegan, pero después vuelvo a repetir lo mismo...". El conjunto de estas expresiones que recogemos como representativas de este rasgo, frases expresadas unas veces por la madre y otras por el propio interesado, confirmadas por este cuando quien lo manifiesta es la figura acompañante, creemos es suficientemente significativo por sí mismo. Es obvio la deducción de la carga agresiva que tras esta actitud se encierra. Este aspecto será detectado sin dificultades, en un 82% de los casos estudiados.

-Envidia y rivalidad entre hermanos "Mire Vd. de pequeño tenía tanta envidia que yo creía que me mataba a la pequeña..." "Si, parece que le tuviese pelusa..." "Si, le tiene pelusa..." "Es que yo quiero tener las cosas de mi hermana..." "Es que mi hermano me quita mis cosas...". Una vez más este pequeño haz de expresiones, vienen a ser lo suficientemente demostrativas como para facilitar nuestra tarea expositiva. Su evidencia es manifiesta en un 77,5% de los casos estudiados. Su intensidad es muy acusada -patológica- así co

mo su permanencia.

-Voyeurismo "lo revuelve todo..." "Me gusta desarmar y ver las cosas por dentro..." Expresiones que nos ponen sobre la pista de posibles pautas voyeuristas que mas tarde se confirmaran por los test.

-Provocador.Travieso."Me gusta la gresca..." "Es muy enreda - revoltoso - contestón - desobediente..." "Es que es muy cucador (cizañero)..."

Al igual que en los anteriores rasgos, también éste queda muy claramente expresado, así como el hecho de que sea una pauta habitual y recogida como signo o - forma de expresión agresiva, hasta el extremo de que se persiste en élla, hasta provocar, a su vez, una - respuesta agresiva por parte del oponente, padres o hermanos generalmente, dado que en el colegio o con los amigos o extraños, generalmente este tipo de pauta no es detectado o tiene un carácter más ténue, que entre la familia.

Las cargas de agresividad, de estas pautas son tan - claras como indiscutibles.

-Filobatismo.Recogemos con éllo, el concepto de Balint que, por contraposición al de onófilos, entenderá - que el conjunto de pautas de comportamiento donde - implica un alto riesgo y por tanto, se mueve dentro

de un área límite y peligrosa. Es un juego, un reto, una prueba, una fruicción, una provocación, un ensayo, este tipo de comportamiento. "Es un niño que no ve el peligro..." "No teme el peligro... se sube a los coches, motos...revuelve todo en casa...siempre con los enchufes..." "Es que con él estoy con el alma en vilo..." "Siempre se sube por los sitios más - difíciles...". Expresarán las madres generalmente.

"Decía uno que eso era difícil hacerlo y yo lo buscaba...es que creo que de alguna forma yo sentía necesidad de hacer esas cosas difíciles...". "No es - que sea suicida pero corro riesgo en los que creo - que puedo hacerme daño...". "Mi madre dice que no la extraña que un día vuelva con la cabeza en la mano...".

Un 71,2% de los pacientes nos aportaran expresiones como las reseñadas y tan espontáneas como presuntas de tener que ver con la problemática de su traumatofilia.

-Comportamiento. El conjunto de rasgos que señalamos como más característicos de la personalidad de este tipo de pacientes, inevitablemente nos lleva a un - comportamiento fácilmente previsible. Comportamiento tan notorio que será descrito por la propia familia e incluso por el interesado, con expresiones tan evidentes como gráficas. Máxime cuando de este tipo de

comportamiento, se han de derivar notables repercusiones y toma de actitudes por el resto o parte de los componentes del grupo familiar en que se encuentra inmerso el interesado. Actitudes y respuestas que, a su vez, determinaran y condicionarán la propia conducta del paciente. Es decir, que la interrelación que se establece en este sentido, tendrá un carácter transaccional.

"Mire, doctor, es que es muy malo...aunque luego le pesa...es muy revoltoso...contestón...inquieto...enreda"
"El va todo a lo animal, a lo bestia...no mira donde está el peligro...siempre peleando con los hermanos...revolviéndolo todo...es testarudo y cabezota". "Yo es que soy muy malo...es que si mi hermano me pega pues yo le pego...a mi hermana la tiro de los pelos...la quito sus cosas..." etc.

Estas y otras frases semejantes vendrían a configurar el tipo de comportamiento mas relevante en el medio familiar, por contrapartida, fuera del medio familiar en el colegio y entre los amigos, etc; su forma de conducirse varía notoriamente, de tal manera que entonces se conduce con cierta docilidad e incluso su respuesta en el estudio salvo excepciones, suele ser buena, demostrando un nivel notable de responsabilidad.

En este sentido tendríamos que exceptuar aquellos que presentan una base estructural mas bien "borde-line"

Donde su comportamiento adquiere matices y formas diferentes, apreciándose un más alto nivel de patología-conducta psicopática- (robo, tendencias sexuales perversas) delictivas, bordeando el suicidio en ocasiones provocadores, rebeldes, etc. Naturalmente este tipo de comportamiento, va entroncado, tal y como lo exponíamos antes, en un auténtico circuito de "feed-back" , donde la conducta del medio y en especial de los padres, se caracterizará por respuestas tan agresivas como represivas o prohibitivas. "Mire Vd. el padre pega de miedo, con el palo o el cinto..." "Mi madre si se enfada...a palo limpio...se ciega...donde pillá... ¿lo mejor? cubrirse..." "Mi madre era muy severa...ha tenido una mano muy larga... a los 21 años me vió fumar y con el sopleta del fuego me rompió tres dientes"

Quizá las notas que con mayor relieve podrían configurar cuanto venimos diciéndo acerca de las características de este tipo de interrelación nos venga dado - por uno de los casos que hemos recogido (madre "¿el niño?...siempre más bien en peligro... el va todo a lo animal, a lo bestia... es desobediente y envidioso ... pues mire, a base de palos... ¡uy! yo pego más... ahora que cuando el padre pega es de miedo...es muy bruto... ayer mismo, al hijo mayor le dió una paliza le he tenido en un reformatorio, incorregible... coge dinero y miente...la niña igual, robaba y mentía mucho... es más la pillamos con dos muchachitos..."

Otro de los casos, robó a nuestra secretaria 1.600 pesetas. Dinero que utilizó para comprar el equipo de futbol a sus amigos. El padre se enteró y le dió tal paliza, que la madre temió por la vida del hijo dado que le agarró por el cuello. El día que volvió a la consulta, aún se podían apreciar las señales.

Contrasta, en cierto modo, una dinámica aparentemente paradójica. De un lado se aprecia un movimiento definido como inquieto, revoltoso y hiperactivo. Actitud acusada que deriva generalmente por la vía del deporte (42,8%). Aspecto éste que nos llama la atención, dado que en este sentido su comportamiento presenta algunas características peculiares, ya por la intensidad con que lo practica, como por su pluralidad e incluso tipo de deportes (rugby, hockey, balonmano etc). Pero al mismo tiempo y no sin cierto carácter sorpresivo, en algunos casos se nos ofrecerá la imagen opuesta. "Mire Vd., es que es muy vago, muy lento ... muy parsimonioso para sus cosas... muy dócil - cuando se le trata por las buenas... ". Detectaremos hasta un 22% de casos en los que este signo es evidente.

-Angustia. Las cargas de este afecto serán tan intensas como la movilización de resortes en un intento - de control y contención, cosa que no siempre acontece, con repercusiones que se hacen inevitables y ofrecen muy diversas formas, pudiendo considerar como una

de ellas su posible hábito traumático. Aunque no el único, creemos, que este afecto, tanto por su intensidad como por su forma de manejo, puede desempeñar un papel importante y decisivo en la patología que venimos aquí considerando.

-Dominante. En un 24% de los casos apreciamos esta nota y de una forma tan relevante como descarada. Quizá la expresión que mejor lo refleje sea la que con toda espontaneidad, manifieste uno de estos casos: "Yo tengo que dominar... he de estar por encima de todos... a mi nadie me domina...". Naturalmente, nos abstenemos, de hacer cualquier tipo de interpretación de lo que tras esas afirmaciones tan rotundas, pueda haber. De momento, sólo queremos -dejar constancia del hecho y su vivencia.

-Tendencias suicidas. En un 12% de los casos, estas seran tan evidentes como manifiestas. En su conjunto podrían resumirse en una de las expresiones que con mayor frecuencia se tienden a decir, ya por el proprio interesado, ya por alguno de sus padres "Mire Vd., yo le digo que un día vendrá con la cabeza en la mano" al aludir a la forma tan arriesgada y peligrosa de comportarse. En la mayor parte de los casos de forma latente y estrechamente conectado con el -propio filobatismo, esta tendencia es fácilmente presumible. Resultando con élllo, que el propio accidente traumático, puede ser considerado como una derivación

o deflexión de esta pulsión, con el fin de actuar de corto-circuito o neutralizador.

Dentro de esta breve galería y por supuesto sin - pretensiones exhaustivas, ofrece también un cierto relieve una pérdida parcial de la realidad (42,8%) Será correspondiente con aquella casuística de pacientes (borde-line) de rasgos básicos, estructura les mas bien esquizoides o esquizo-paranoides.

También es interesante dejar constancia, de aquellos casos en que de forma clara, presentan transtornos de su imagen corporal (16%) ya por problema de lateralidad, como de insuficiencia de conocimiento de algunas de las partes del cuerpo.

Consecuencia de cuanto venimos reseñando, será un comportamiento del sujeto, en relación con los demás, con el medio externo, que ofrecerá considerables dificultades, de las que los propios interesados, son en buena parte, conscientes. "En la calle me pegan y no me ajuntan... juego solo" Esto nos - permitirá detectarlo en un 53% de los casos estudiados.

2.- Aspectos familiares.- El contexto familiar donde el paciente nace y crece, nos ofrece una serie de rasgos que omiten cualquier tipo de duda con respecto a su patología. La constatación de anomalías indiscutibles en cuanto a la dinámica de estos grupos, nos viene dado por los propios interesados. Padre, madre, paciente, hermanos e - incluso en alguna ocasión parientes próximos que a su paso por la consulta van dejando fiel y expreso testimonio de nuestra afirmación. Alguno de los textos reseñados anteriormente, vienen a ser la confirmación de nuestro aserto.

Especifiquemos aquí alguna de las características más sobresalientes del tipo de dinámica de estos grupos.

Tras la conducta rebelde y provocadora u opositora del paciente, es detectado por los propios interesados -padres, en especial- y confirmados por nuestros estudios un fuerte e intenso apego hacia la madre. Preferentemente y de manera manifiesta en un 71,2% de los casos estudiados. Apego tan intenso como lo es el miedo o temor hacia la figura oponente, el padre, en la mayor parte de los casos. Temores que a través de los test, así como de expresiones espontáneas de algunos de los entrevistados, tienen un claro matiz "castrador", Lo que en correcto lenguaje psicoanalítico se llamaría complejo y angustia de castración. Complejo que de forma expresa, llegamos a contabilizar en el informe de - los test hasta un total de 87,8% de casos.

Se configura así el clásico triángulo edípico, donde la naturaleza y polarización de los afectos, es correcta más con tal carga de angustia, temor y deseo, que desborda toda posibilidad de manejo y control adecuado por los interesados. Máxime cuando a esta situación se le sumará una conflictiva muy acusada y sistemática en el plano horizontal, es decir, con los hermanos y en especial con alguno en concreto. Relación y conflictividad que ofrece como nota primordial, una intensísima rivalidad, celos y envidia, siempre que se percibe que el objeto apetecido, en todo o en parte, le es substraído o se otorgó prioridad a otro, antes que al paciente. Envidia de la que ya hablamos anteriormente.

Tras el juguete, el puesto en la mesa, el lugar de juego o vestuario en uso, se encontrará la figura de la madre, como elemento básico apetecido y excluído para los demás. Es frecuente en este sentido, encontrarnos con dibujos, en los test practicados, en los que se excluyen la totalidad de los hermanos. O, como ratificación de sus temores de castración, al padre se le dibuja con laso manos amputadas.

Queda pues de esta manera configurado un contexto, en el que es fácil apreciar una situación permanentemente tensa y al borde de su desintegración total. Un vaivén constante se apreciará entre una conflictiva latente que con una frecuencia muy asidua hará su brote y se manifestará con

fuertes cargas de agresividad hasta el extremo de convertirse en una seria y constante amenaza para la fácil integración conque el grupo se viene desarrollando.

El traslado, entrega o delegación de buena parte de las funciones parentales a los abuelos, será una medida que se ponga en práctica en algunos de los casos. La actua-ción prematura -entrega en los primeros meses o años- o prolongada -mantenimiento de esta situación durante años, incluso hará que la medida revierta en greve perjuicio para el grupo de origen, dado que el retorno e intento de reintegración del sujeto en su propia familia difícilmente se logrará. Las consecuencias son fácilmente presumi-bles: desafecto, falta de apego, rechazo por parte de los hermanos, etc., etc.

En ocasiones las tendencias cambiarán de signo y nos en-contraremos en que el apego es hacia el padre -¿Con su padre?, como un piñón- expresará espontáneamente la madre -y la figura contrincante o rival será la madre.

De una u otra manera, el resultado será que todo el proceso edípico, se apreciará intensamente cargado de afectos en el 48% de los casos sus signos afloran tan a la superficie que los test solo se limitarán a ratificar el susodicho proceso, afectos muy monocolors con fuertes dosis de angustia y tensión.

Dentro de esta situación triangular, vá a predominar la

figura del padre autoritario, primario, de reacciones bruscas, imprevisibles e incontraladas hasta el extremo del recurso a la agresion física, tan desmedida como in justificada. O el padre frío, distante, ausente -ya por el trabajo, ya por desinterés o apasionamiento por otros intereses bastardos o secundarios- y poco interesado en los asuntos de la casa. A la par una madre débil y total mente desbordada por el comportamiento y la conflictividad entre los hijos.

En un número más reducido de casos, ya donde la familia se conserva íntegra, se podrá apreciar una clara impresion de Roles. Madre dura, fuerte, enérgica, castigadora e incluso temida. Padre mas bien débil o asumiendo papeles blandos y maternales.

Sin pretensiones de un estudio exhaustivo nos hemos podido encontrar con un 38,7% de madres patológicas, muy problematizadas. Generalmente, portadoras de una patología abigarrada y cronificada. De otro lado, a la serie de matrimonios que presentaban una patología de base- pérdida prematura de uno de los cónyuges, ausencia o abandono-, que constituirán un 30%, tendríamos que añadir aquella serie de maridos que configuran un comportamiento claramente patológico, tales como el bebedor empedernido, el ausente, el irresponsable, etc., etc.

En conclusión el conjunto de notas acumuladas, dada su cuantía, sistemática y grado, nos permite afirmar sin lu

gar a dudas, que conjuntamente con la patología indivii
dual del sujeto paciente, se añadirá, en auténtica trans
sacionalidad una clara e indiscutible patología familiar.

3.- Parámetros correspondientes a la familia de orientación.-

Dado que en la mayor parte de nuestra casuística son solteros y asu vez bastantes, en una gran dependencia de los padres, hemos recogido dentro de los parámetros correspondientes a la familia de orientación, tres planos^o niveles:

- A) Anomalías estructurales.
- B) Anomalías funcionales.
- C) Anomalías de situación.

A) Anomalías estructurales.- Se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
- Ausencia de estructura base	1	2
- Pérdida prematura o representativa de uno o ambos progenitores.....	15	30
- Incorporacion de nuevo cónyuge.....	3	6
- Cuidado prolongado por figuras vicariantes	3	6
- Ausencia o exceso de hermanos	20	40
- Anomalías de edad	5	10
- Graves perturbaciones	<u>27</u>	<u>54</u>
Total	74	148%

Media 1,48

En su conjunto, consideramos que la base estructural del total de las familias componentes de nuestra casuística queda bastante afectada. De un lado, por su cuantía, dado que nos arroja una media muy aproximada al 1,5 de anomalías. Es decir, que cada una de las familias, como mínimo

habría sufrido las consecuencias de una de las variables que se anuncia en nuestro parámetro de anomalías estructurales, así como que de cada dos familias, una de ellas sufrirá las consecuencias de otra variable más, a la mencionada anteriormente.

Por otro lado, porque cada una de las variables que se recogen suponen una incidencia grave o modificadora de la misma base estructural del grupo, y ello sin tener en - cuenta conveniencias, ni capacidad de adaptación, ni tampoco las repercusiones y perjuicios que inevitablemente se derivarán sobre terceros y menos aún la consideración de las capacidades de compensación de éstos últimos. En este caso, los pacientes que venimos estudiando.

Más adelante nos volveremos a ocupar de estos porcentajes al tratar de parangonarlos con casuísticas correspondientes a otros tipos de patologías y que por tanto nos habran de servir como grupos de control. Ello nos permitirá observar si se aprecia alguna diferencia notoria en las variables seleccionadas y considerar su alcance y valor estadístico más o menos significativo, como dato correlacionable con el tipo de enfermería que nos ocupa.

B) Anomalías funcionales.- Se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
- Anomalías graves de la personalidad de uno o ambas personas	26	52
- Padre autoritario.Madre débil..	28	56
- Inversión de Roles	13	26
- Duplicidad paterno-materna o <u>fra</u> caso figura vicariante	5	10
- Delegacion y/o asunción por el paciente de algunas de las <u>figu</u> ras paterno-maternas	3	6
- Rechazo latente o manifiesto...	31	62
- Pautas rígidas y persecutorias en la esfera sexual	8	16
- Relaciones	<u>50</u>	<u>100</u>
Total	164	328
<u>Media 3,28</u>		

Si a las anomalías detectadas en la base estructural de es tos grupos tal y como hemos recogido en la escala anterior hemos de añadir el conjunto de variables que se verán afec tadas a nivel funcional -3,28- y dado el carácter decisivo que éstas conllevan, supuesto que su afectación hace difí cil - aunque en determinados casos, no imposible - su tran sitoriedad, resulta que se hace muy difícil pensar en la dinámica de estos grupos ofrezca el mínimo de posibilidades para un funcionamiento aceptable, dentro de unos lími tes más o menos normales. De ahí, que no bastará con tener en cuenta, alguno de los datos aportados, ya tales como,

edad, de los pacientes, media de hermanos por familia, sexo y medio en que se desenvuelven, a los que añadiremos los que se han reseñado en estos parámetros, para comprender fácilmente que el tipo de relación que se establezca intragrupo, arroje un porcentaje de 100% de anomalías. Ello se hace obvio y en su momento haremos referencia de forma especial al protagonismo, que en este sentido vienen a desempeñar los hijos y de entre ellos, de un modo especial el propio paciente.

C) Anomalías de situación.- Se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
- Eventos	50	100
- Conducta reactiva	50	100
- Transtornos emocionales	50	100
- Conflictos	<u>50</u>	<u>100</u>
Total	200	400
<u>Media 4</u>		

Quizá pueda parecernos impresionante este porcentaje que a nadie excluye. Sin embargo en su defensa diríamos lo siguiente:

Primariamente, que cada una de estas variables, tal y como quedan especificadas en su apartado correspondiente, permiten su objetivación con pocas posibilidades de error, dado que están fundamentadas en base a datos y hechos observables y en ocasiones, hasta cuantificables. Segundo, que viene a ser "lógico" o acorde con las consecuencias que puedan de-

rivarse de unos grupos que arrojan un conjunto de anomalías en plano estructural y funcional de la magnitud que hemos observado. Tercero, que viene a ser perfectamente congruente por la hipótesis que sostenemos acerca de este tipo de patología.

La comparación con otro tipo de patología, así como las diferencias que apreciaremos en este conjunto de variables las comentaremos mas adelante.

Estudio comparativo de los parámetros recogidos y los equivalentes en pacientes afectos de cervico-artrosis y de 100 casos heterogéneos estudiados en el Servicio de Medicina Psicosomática.-

Se ha escogido dos grupos de pacientes como grupo control, el primero de ellos, han sido cincuenta pacientes afectos de cervico-artrosis siendo estudiados por los mismos métodos y bajo los mismos parámetros que los de hábito traumático.

El escoger este tipo de enfermos ha venido dado por las razones siguientes:

- 1- Ser un grupo homogéneo y de unas características comunes.
- 2- Al ser de características comunes, no se produce la distorsión que se hubiese producido en un grupo heterogéneo.
- 3- Por ser un grupo homogéneo, es validamente comparable.
- 4- Por ser un grupo de enfermos -los afectos de cervico artrosis- de gran relación en la consulta de la especialidad a la que nos dedicamos y mantener con ellos tanto como con los traumatizados, una gran interrelación.
- 5- DUMBAR atisbó el perfil de los enfermos de supuesto hábito traumático, al compararlos como grupo de control del estudio de la personalidad de los enfermos

afectos de enfermedad cardiovascular.

A su vez se ha elegido un grupo control de 100 casos de enfermos "heterogéneos", estudiados en el Servicio de Medicina Psicosomática, que al no presentar las características anteriormente enumeradas en los enfermos afectos de cervice-artrosis, si presentaban el denominador común de una patología psicosomática y podían servir para un grupo ciego doble control.

A) Anomalías estructurales.-

1-Pacientes afectos de cervice-artrosis: se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
- Ausencia de estructura base	2	4
- Pérdida prematura o <u>represen</u> tativa de uno o ambos proge- nitores	15	30
- Incorporación de nuevo cónyuge	4	8
- Cuidado prolongado	7	14
- Ausencia o exceso de hermanos	22	44
- Anomalías de la edad	4	8
- Graves perturbaciones	<u>24</u>	<u>48</u>
Total	78	156
<u>Media 1,56</u>		

2-Cien casos "heterogéneos" de Medicina Psicosomática,
Se recogen las siguientes variables:

	%
-Pérdida prematura representativa	
de uno o ambos progenitores	10
-Incorporación de nuevo cónyuge	9
-Ausencia o exceso de hermanos	8
-Anomalías de edad	9
-Graves perturbaciones	<u>17</u>
Total	53

Contemplando la problemática que en nuestra casuística se nos ofrece desde un plano netamente estructural, de acuerdo con las diferentes variables elegidas y estableciendo una relación comparativa con las variables correspondientes a la casuística equivalente de pacientes afectados de cervice-artrosis, observaremos que tanto la media total de casos afectados en sus distintas variables como en los aspectos parciales, -variable por variable- no se aprecian diferencias o signos significativos que nos permitan resaltar algún aspecto en concreto y que personifique una patología de la otra.

Quizá la nota diferencial mas sobresaliente, y a nuestro entender, correspondiente con el tipo de patología que nos ocupa, sean los porcentajes mas elevados de exceso de hijos más o menos equivalente en los pacientes con cervice-artrosis y los casos de supuesto hábito traumático. Las razones que exponemos para explicar este hecho creemos que son válidas tanto para los dos grupos por las similitudes de su patología. Digamos que una mayor carga y cuantía de hermanos, siempre conllevará una

mayor dificultad de satisfacción del conjunto de necesidades primarias -incluido, por supuesto, afecto- a la vez que mayores y más tensas competencias, se producen entre los propios hermanos, a su vez la presencia de - los hermanos puede pasar de ser favorable y vicariante a convertirse en fuertes tensiones y competencia y envidia difícilmente sostenibles.

En su conjunto, reconoceremos que tanto en un tipo de patología como en otro, las anomalías a nivel estructural son evidentes, constituyen un conjunto de variables básicas en las que más o menos, buena parte de ellas, son golpeadas o perturbadas de manera grave o irreversible. Una media superior a tres variables, dada la - importancia de alcance de los aspectos que se recogen la consideramos alta y con grandes dificultades, cuando no imposible, para su superación o compensación positiva.

No es así cuando la equiparación se hace con el grupo "heterogéneo" en el que observamos que la media total de casos afectos en sus distintas variables es tres veces menor y variable por variable, vemos que las mas - significativas son:

-Pérdida prematura o representativa de uno o ambos progenitores.-

Hábito traumático

30%

Cérvico-artrosis

30%

G.Heterogéneo

10%

-Ausencia o exceso de hermanos.-

Hábito traumático	Cérvico-artrosis	Grupo "heterogéneo"
40%	44%	11%

-Graves perturbaciones.-

Hábito traumático	Cérvico-artrosis	Grupo "heterogéneo"
54%	28%	18%

(Fig. 14 y 15)

B) Anomalías funcionales.-

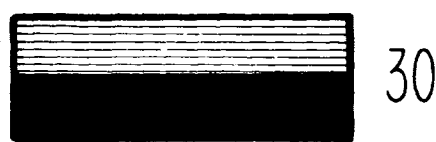
1-Pacientes afectos de cérvico-artrosis: se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
-Anomalías graves de la personalidad de una o ambas personas	21	42
-Padre autoritario, madre débil ..	14	28
-Inversión de Roles	18	36
-Duplicidad paterno-materna o fracaso figura vicariante	16	32
-Delegación y/o asunción por el paciente de algunas de las figuras paterno-maternas	7	14
-Rechazo latente o manifiesto	11	22
-Pautas rígidas y persecutorias en la esfera sexual	17	34
-Relaciones	<u>40</u>	<u>80</u>
Total	144	288%
<u>Media 2,88</u>		

AUSENCIA ESTRUCTURA BASICA



PERDIDA PREMATURA O REPRESENTATIVA DE LOS 2 CONYUGES



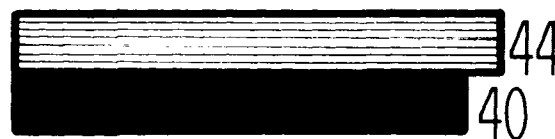
INCORPORACION NUEVO CONYUGE



CUIDADOS PROLONGADOS



AUSENCIA O EXCESO DE HERMANOS



ANOMALIAS DE EDAD

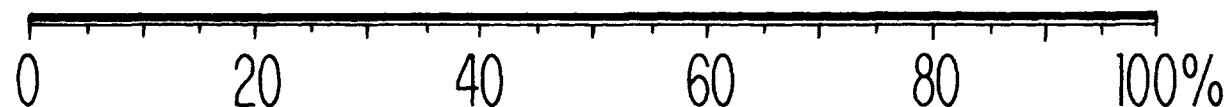


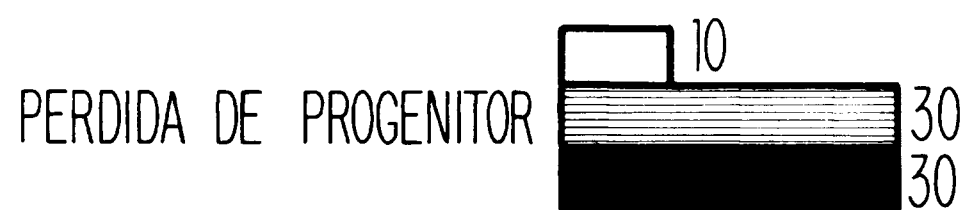
GRAVES PERTURBACIONES



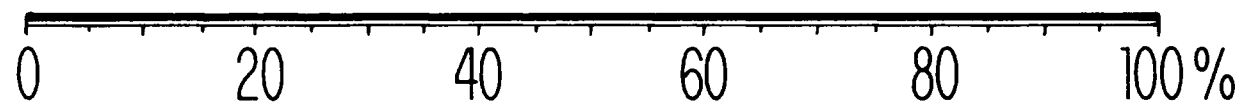
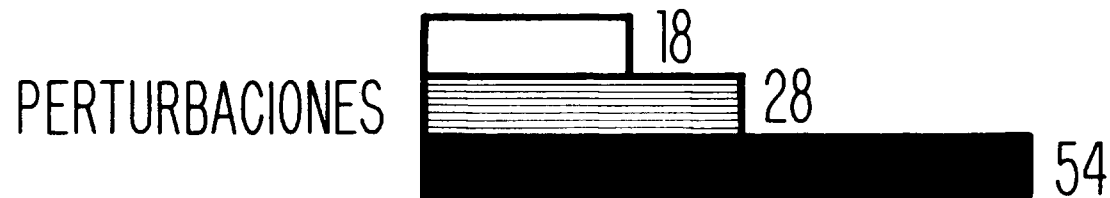
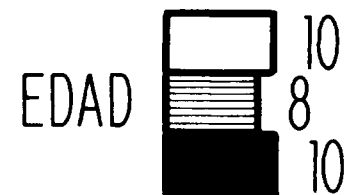
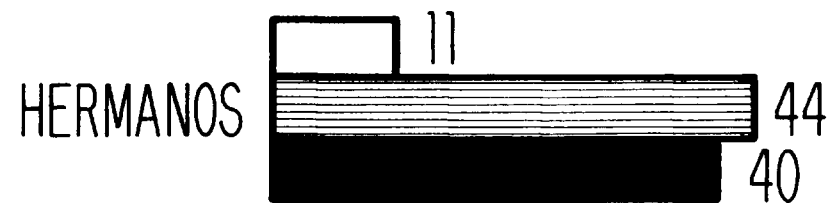
ANOMALIAS
ESTRUCTURALES

CERVICO-ARTROSIS
HABITO TRAUMATICO





ANOMALIAS ESTRUCTURALES CON GRUPO CONTROL



GRUPO CONTROL
CERVICO-ARTROSIS
HABITO TRAUMATICO

2-Cien casos "heterogéneos" de Medicina Psicosomática.

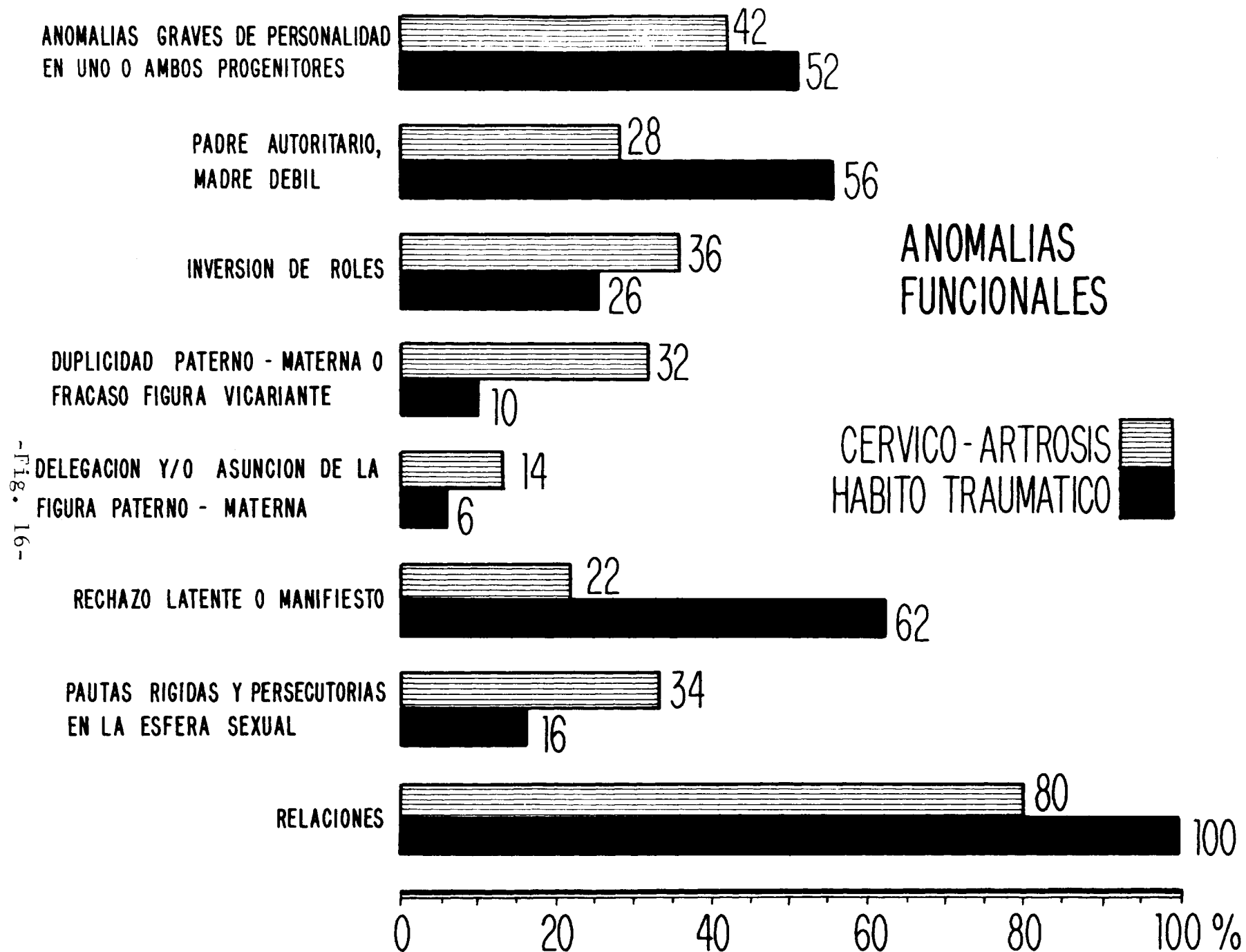
Se recogen las siguientes variables:

	%
-Inversión de Roles	28
-Delegación y/o asunción por el paciente de alguna de las figuras paterno-materna	22
-Relaciones	<u>59</u>
Total	109%

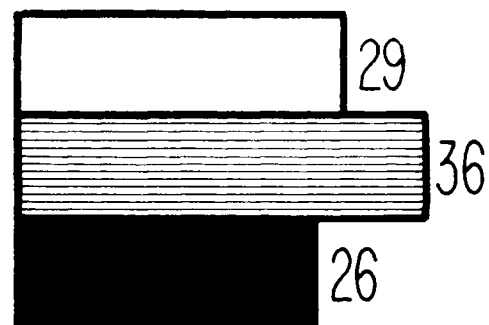
Resalta notablemente el hecho de que cuatro de las variables registradas, -uno, dos, seis y ocho- perfectamente coordinables, nos ofrecen unos porcentajes altamente significativos para la casuística que tratamos. Anomalías graves en la personalidad de alguno de los padres, padre autoritario, rechazo o relegamiento del hijo y anomalías en su mundo de interrelaciones, serían perfectamente congruentes con un tipo de patología -traumas corporales repetidos- que inciden precisamente sobre el plano relacional -miembros que ponen al sujeto en relación con el medio y por tanto con los objetos queridos, anhelados, odiados o envidiados- y que están denunciando la existencia de una patología elevada en esta serie de variable, muy de acuerdo, a su vez con la patología traumática como -expresión corporal de su fracaso o torpeza para una relación mas equilibrada y ajustada a los ritmos de tiempo, espacio y metría.

Del mismo modo los bajos porcentajes comparativamente con

los otros tipos de enfermería, que nos ofrecen las variables correspondientes -vgr. duplicidad de funciones, delegación de funciones y pautas rígidas y persecutorias en la esfera sexual- a nuestro entender serán representativas de que la patología traumática incide o conlleva unas anomalías de base que no son precisamente estas últimas. (Fig. 16 y 17)

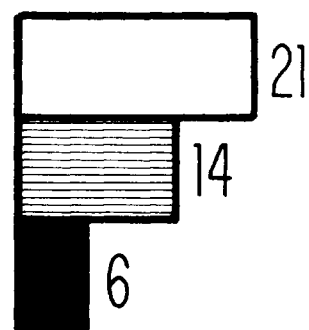


INVERSION DE ROLES



ANOMALIAS FUNCIONALES
CON GRUPO CONTROL

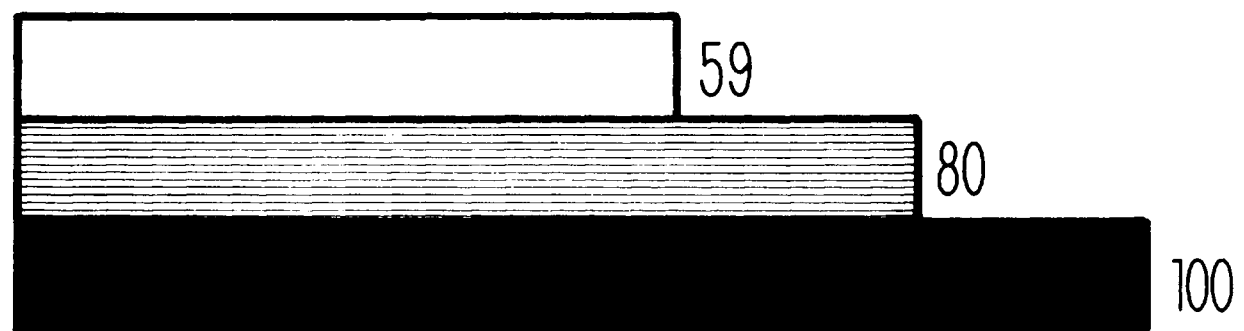
DELEGACION Y/O ASUNCION
DE FIG. MATERNA O PATERNA



GRUPO CONTROL
CERVICO-ARTROSIS
HABITO TRAUMATICO

-96-

RELACIONES



0 20 40 60 80 100 %

C) Anomalías de situación.-

1) Pacientes afectados de cérvico-artrosis:

Se recogen las siguientes variables:

	Nº Casos	%
-Eventos	21	42
-Conducta reactiva	46	92
-Transtornos emocionales	20	40
-Conflictos	<u>34</u>	<u>68</u>
- Total	121	242
<u>Media 2,42</u>		

2) Cien casos "heterogéneos" de Medicina Psicosomática.

Se recogen las siguientes variables:

	%
-Eventos	30
-Conductas reactivas	21
-Transtornos emocionales	22
-Conflictos	<u>47</u>
Total	120%

Anticipémonos para constatar un hecho que al principio podría parecernos un tanto sorprendente e inexplicable. El hecho de que las cuatro variables recogidas arrojen un 100% de casos para los pacientes traumatizados físicamente.

Sin embargo, a nuestro entender no resulta tan incomprensible como pudiese parecer a primera vista si tenemos en cuenta los aspectos que se recogen en cada uno de los -

apartados quizá lo entendamos algo mejor.

De entrada, dentro de las variables de los eventos, ven dremos a registrar todos aquellos acontecimientos inesperados, súbitos, ya personales o familiares y que han tenido una clara repercusión sobre el interesado. Reper cusión que podrá ser ya en el plano físico o psíquico, pe ro con clara incidencia sobre alguna de las formas de comportamiento del sujeto. Entra, pues, dentro de este apartado desde los accidentes propiamente dichos -de ahí el 100%- hasta el abandono o pérdida de alguno de los comp o ne ntes del grupo familiar.

Por lo que respecta a la conducta reactiva, recogeremos también aquellos signos que de forma manifiesta, expre sen que determinadas modalidades del comportamiento del interesado, tienen un carácter reactivo. Para nosotros, su conducta supuestamente traumatoflica, tiene clara e indiscutiblemente un carácter reactivo en la totalidad de los casos. Detectamos otros aspectos, mas para nues tro estudio, nos bastará con detectar aquel que conside ramos el mas específico.

La referencia a los traumas emocionales tratará de reco ger aquel o aquellos acontecimientos con repercusión - clara y verificable sobre el mundo emocional del pacien te y determinante, a su vez, de alguna de las caracterís ti cas que configuran la conducta del interesado. En este

caso, se encontrará, por ejemplo, desde el nacimiento de un nuevo hermano que es vivido con una intensa envidia y repudio, hasta el abandono de alguno de los seres queridos u odiados y rechazados.

Finalmente, el mundo de los conflictos, tanto intrapersonales como intrafamiliares, es tan evidente como sistemático, lo que apenas merece comentario.

Nos interesa reseñar que cuantos parámetros y variables se recogen, serán registrados solo en el caso, de que la evidencia, sea tan manifiesta que nos venga aportada por el propio interesado o sus padres, o, una vez detectada por nosotros confirmada y aceptada por el paciente. Además, requiere haber incidido en algún plano personal, así como haberse entroncado de tal forma, que en cierto modo haya actuado o actúe en los momentos presentes, condicionando o determinando alguna de las características de la personalidad del sujeto y de su comportamiento (Fig. 18 y 19).

ANOMALIAS DE SITUACION



CERVICO - ARTROSIS
HABITO TRAUMATICO

EVENTOS

42

100

CONDUCTA
REACTIVA

92

100

TRASTORNOS
EMOCIONALES

40

100

CONFLICTOS

68

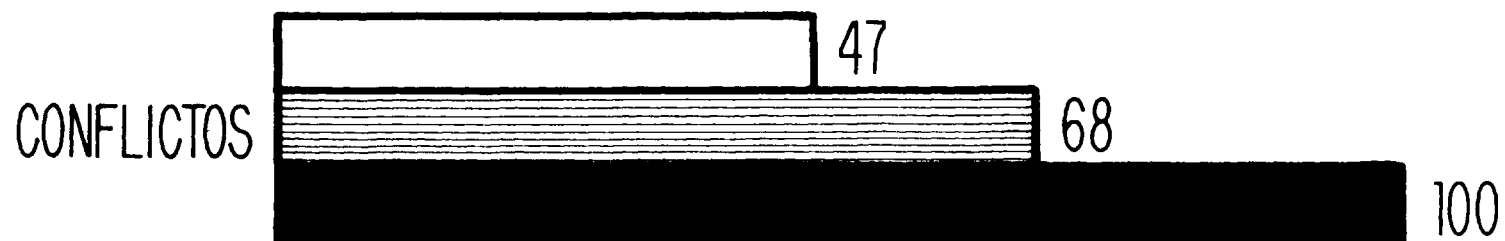
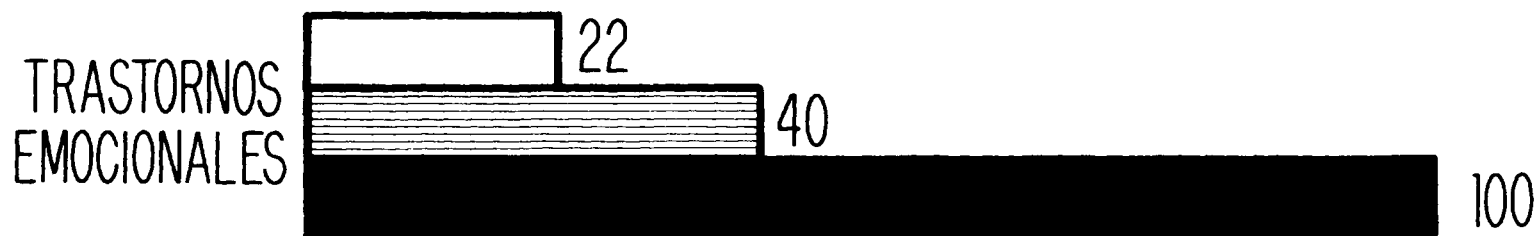
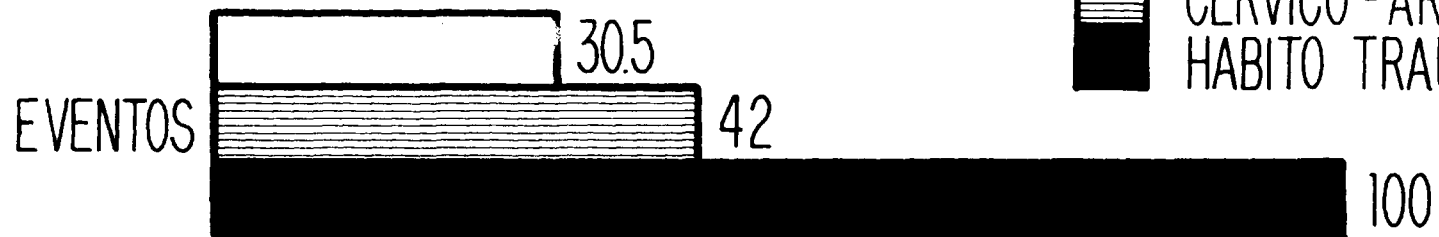
100

0 20 40 60 80 100 %

NALES

CON GRUPOS CONTROL

GRUPO CONTROL
CERVICO-ARTROSIS
HABITO TRAUMATICO



0 20 40 60 80 100 %

Rasgos mas sobresalientes observados en este tipo de pacientes.-

Quizás convenga señalar aquel pequeño haz de signos que nos han parecido mas sobresalientes ya por su relevancia, ya por su cuantía. Y éello, sin otro alcance que el de complementariedad del apartado anterior.

	Nº Casos	%
-Impotencia coeundi post-trauma	1	2
-Fuertes temores y angustia de "castración"	36	72
-Fálico-narcisistas	2	4
-Filobatismo	35	70
-Pérdida parcial de la realidad	21	42
-Dificultades de relación con los demás	26	54
-Tendencia suicida manifiesta..	6	12

Tipo de Enfermería.-

	Nº Casos	%
-Borde-line"	17	34
-Depresión reactiva	8	16
-Depresión histérica	1	2
-Depresión angustiosa	12	24
-Obsesivo-histeriforme	3	6
-Depresión ansiosa	9	18

Recogemos como signos diagnóstico aquel que nos ha pa
recido el mas sobresaliente o que abarca un área más

amplia y en cierto modo configura la dinámica más representativa del paciente. En este sentido, interesa resaltar el hecho de que la casi totalidad de la patología ofrezca, en el fondo, sólo dos variantes: la prepsicótica y la depresiva, sea uno u otro su adjetivo.

Evidentemente creemos que merece una atención y un resalte especial, el hecho de que, tanto a través de los test como de las pautas de comportamiento del propio interesado y sucesivamente del grupo en que se halla inmerso, constituyen un conjunto de coincidencias confirmativas de la abundancia de unas bases estructurales - de la personalidad de estos sujetos ya esquizoides, ya esquizo-paranoides o depresivos. Algún signo, secundario mas o menos relevante, ya obsesivo, histérico o fóbico. Fuertes cargas de angustia o ansiedad.

-104-

D I S C U S S I O N . -

Una visión del conjunto de aspectos recogidos a través de nuestro estudio nos permite observar una serie de - datos que creemos merecen una atención y explicación - dentro del contexto general en el que nos desenvolvemos.

Dentro del aparato que llamaríamos fenomenológico, se señalan un conjunto de notas que, a nuestro entender, sin duda alguna, no pueden ser consideradas dentro de unas pautas normales ni tampoco habituales en lo que a nuestra tarea cotidiana se refiere. Desde la forma de acceder o huir del paciente de la Consulta, hasta el hecho tan revelador como sorpresivo de tan alto porcentaje de varones sobre hembras, así como las concentraciones en edades comprendidas entre 4-14 y 15-24 años, - constituirán algunos de los apartados que, a nuestro entender, han de pasar al haz de signos que aportaremos como base y fundamento de nuestra tesis.

Quizá convenga introducir un inciso a fin de hacer algunas breves consideraciones acerca de estos aspectos feno-menológicos, cual es:

- El elevado predominio del sexo masculino sobre el femenino y las concentraciones de edades 4-14, 15-24, altamente significativas, con picos en las edades intermedias.

Mucho nos tememos que no podamos defender una tesis claramente

mente convincente del porqué de este predominio de varones sobre hembras. Hoy por hoy, no podemos sostener un argumento tan superficial como insuficiente, cual es el de que el riesgo motor del niño o adolescente, es mayor que el de la niña. Es decir que sus ejercicios, movimientos e intensidad y frecuencia de éstos, así como sus juegos, llevan implícito una mayor dosis de riesgo y propension al trauma o accidente. El argumento nos parece totalmente falaz. La equiparación entre ambos sexos con respecto al riesgo que su actividad motórica conlleva, creemos que, hoy en día, es perfectamente lógico y ajustado a las pautas y costumbres del momento. Por tanto, las razones o motivos, habría que buscarlos en planos - mas profundos y, éllo nos introduciría una vez mas en un terreno inevitablemente especulativo. El plano en el que nos tendríamos que desenvolver sería, en el correspondiente a la conflictiva que se establece entre una "fase anal" tan tormentosa como neurotizada e irresoluta, a la vez que un acceso al estadio edípico en el que tienen lugar unas polarizaciones extremas, muy intensas y en las que lo mas frecuente es encontrarnos con el ejercicio e investidura de una figura personificadora de extremada y temida autoridad-prohibición-castración (generalmente el padre. En ocasiones la madre).

El choque clave, y a nuestro entender, decisivo en la mayor parte de los casos tendrá como punto neurálgico o de máxima tensión y por tanto, de mayor amenaza de ruptura o fractura de la situación, será precisamente, la con -

flictiva inconsciente entre la autoridad temida y represora, de un lado, y el acceso procesual del interesado a la posición de rivalidad, de reto, de competencia, de superación, de competitividad decisoria o de dominación, de posesión del objeto en discordia -madre,mujer-Objeto al que no se está dispuesto a renunciar o a compartir.

Contempladas las cosas desde esta perspectiva, esta razón o tesis nos conecta y a su vez, explicaría el segundo de los fenómenos señalados: la concentración de pacientes en determinadas edades, niñez o adolescencia y su evolución hacia la madurez. Son precisamente, estos dos períodos, los más candentes y decisivos de la fase edípica a que nos venimos refiriendo. La primera de las edades en la que se detectan concentraciones, viene a ser la correspondiente con la fase edípica del desarrollo -del sujeto. La segunda, paso de la adolescencia a la madurez, correspondería a la reactivación del troquelado edípico que de este período se hiciera en su momento. Reactivación correspondiente con la salida de la fase de la latencia y que vendrá determinada por la intensificación y demanda de búsqueda y contacto con el otro sexo. Todo movimiento realizado en este sentido, tendría como código básico de respuesta en cuanto a las pautas a seguir aquél que quedó inscrito en su primer estadio.

Es aquí pues, en este enclave o punto de inflexión, donde definitivamente consideraríamos se dan las motivaciones más decisivas, se configuran la serie de elementos impres

cindibles, a la vez que se crean y repiten una y otra vez las situaciones mas proclives para este tipo de accidentes o traumas. Encrucijada edípica que por supuesto, no tiene un recorte o límite de edad, y de reactividad de ella en una segunda fase o de encuentro con el otro - sexo.

También el estudio comparativo del conjunto de parámetros que parangonamos con casuísticas equivalentes de otro tipo de patología, nos aporta alguna variable que puede ser significativa y que adquiere un rango de representatividad al sumarse, costado con costado a otra serie de signos que nos vendrán dados tras la contemplación de nuestra casuística desde otras perspectivas.

Trataremos pues de proceder, a la confrontación de cada uno de los parámetros que sistemáticamente se han venido estudiando, tanto a nivel estructural - como funcional y situacional, entre la patología - del posible hábito traumático, otros tantos casos de cervico-artrosis y cien casos de patología psicósomática general. Nuestra pretensión será doble: primera, ver si el conjunto de parámetros y sus respectivas variables aportan un porcentaje de anormalidades suficiente como para aceptar la existencia y constitución de un auténtico medio de cultivo, favorecedor de patología. Segunda, consecuente con el

apartado mencionado, ver si se dan algunas características significativas de que el factor medio puede ser determinante de una patología específica.

Si contemplamos desde una perspectiva comparativa los porcentajes que arrojan cada uno de los parámetros que se recogen, así como su conjunto, encontramos como datos mas significativos los siguientes:

Los aspectos más sobresalientes serán la pérdida "prematura o representativa de uno o ambos progenitores", la "ausencia o exceso de hermanos" y las "graves perturbaciones". Comparativamente, no encontramos diferencia significativa con los porcentajes de cérvico-artrosis. Por contrapartida, si que lo es para con el grupo indistinto de los cien casos de patología psicósomática general. Sus diferencias son notorias. Otro tanto podemos decir con respecto a la media de casos afectados por parámetro recogido, donde nos encontramos que cada paciente ha sido afectado en uno y medio parámetro. Teniendo en cuenta que cada una de estas variables representa una anomalía importante y sistemática, constituyendo un signo pato-biográfico "per se", es obvio que admitamos que la base estructural sobre la que ha de tener lugar la evolución y desarrollo del paciente constituye un medio que, de no funcionar adecuadamente los resortes de adaptación y de

compensación, es favorecedor, a priori, de enfermedad.

Dado el carácter básicamente privativo de las variables afectadas, podríamos añadir, que la derivaación de esta patología es presumible de un transufondo depresivo.

El hecho de no encontrar diferencia entre cérvico-artrosis y hábito traumático no sólo no contradice el punto de vista de nuestra tesis, sino que, por el contrario, se verá reforzado, dado que, en definitiva, ambas versiones de la patología conllevan una buena serie de homogeneidades o equivalencias -v.g. agresión contra el aparato locomotor, organización y fijación del tipo de agresión, fuerte componente masoquista, sufrimiento e introyeccion de culpa, etc.-

La confrontación del conjunto de variables que componen la segunda área de estudio, área funcional, presenta como notas mas características, a nuestro modo de entender, las siguientes: altos porcentajes en "anomalías graves de la personalidad de una o ambas personas" (52%), "padre autoritario.Madre débil" (56%), "inversión de roles"(26%) "rechazos latente o manifiesto" (62%) y finalmente en el "trato o relación con el otro" (100%), para

los casos de hábito traumático. Los porcentajes de esta serie de variables, en el caso de los - pacientes con cérvico-artrosis, ofrece una cierta diferencia: "anomalías graves de la personalidad" (42%), "padre autoritario. Madre débil" (28%) "inversión de roles" (36%), "relación con el otro" (80%). Resaltan dos variables más, que en el caso anterior no ofrecían relieve alguno, cuales son: "duplicidad paterno-materna o fracaso de la figura vicariante" (32%) y "pautas rígidas y persecutorias en la esfera sexual" (34%).

En un análisis comparativo donde tengamos en cuenta tanto las variables equivalentes como las discrepantes, habremos de reconocer que las anomalías detectadas no sólo son congruentes con el punto de vista sostenido, sino también, a su vez, acorde con que sean estas discrepancias de base o variables diferentes las que marquen la derivación hacia uno u otro tipo de patología. En el conjunto de anomalías detectadas persiste la pauta privativa-restrictiva, tanto por incapacidades del medio para ofertar unas figuras sugestivas de identificación positiva, como por su poder y ejercicio coercitivo-prohibitivo. La gratificación queda ausente o empobrecida, la restricción y el castigo indiscriminado y amenazante adquieren un rango prevalente. Las carencias, pues, son notorias, sistemáticas y abundantes, lo que hará extraordi-

nariamente difícil una compensación mínimamente exitosa.

Tanto las diferentes categorías de edades, en uno u otro tipo de patología, como las diferencias notables de sexo, permiten comprender, a su vez, las diferencias existentes para con las dos variables que se recogen de los pacientes con cérvico-artrosis y no en los de hábito traumático.

La mayor cuantía de la media total, correspondiente a la patología de hábito traumático (3,28 frente a 2,88), podría ser congruente con el hecho de que la afectación en profundidad de las bases estructurales de la personalidad de estos pacientes, así como la pobreza y fragilidad de sus mecanismos de defensa, es mas acusada que en los enfermos con cérvico-artrosis, en los que la persistencia, sistematización y cronicidad, seran los elementos más relevantes, en contra del carácter fortuito, incontrolado y no sistemático del hábito traumático. De ahí que en estos últimos es factible la existencia del accidente mortal, como una forma de suicidio.

En el paciente con cérvico-artrosis, tanto por su menor grado de profundidad como por su organización, control y sistemática, este aspecto -

sólo es admisible no como un hecho fortuito e imprevisto, sino mediante un proceso perfectamente maquinado.

Las variables que, dentro de esta área, se recogen dentro de la casuística de los 100 casos, apenas ofrece relevancia y peculiaridad digna de ser consignada. Este hecho, sin embargo, otorga una mayor verosimilitud a los argumentos en los que se fundamenta nuestra tesis. Las razones son tan obvias que apenas merece una más amplia consideración.

Finalmente, en cuanto al tercer grupo de anomalías registradas -situacionales- nos encontramos con que las cuatro variables redondean el 100% para el caso del hábito traumático. Esto no resulta, sin embargo, difícil de comprender si se observa que este tipo de patología, juntamente con el funcionamiento y respuesta dada por el medio familiar en el que se desenvuelve, conllevan por sí mismos todas y cada una de las variables que se recogen. Es decir, que todo trauma o accidente del que se derivarán una o más fracturas o lesiones equivalentes es un evento, fruto de una forma reactiva de conducirse, implica un trastorno emocional hasta el extremo de intentos de ocultamiento para evitar males mayores -vgr."dis

gustar a la madre o que el padre reacciones agresivamente"- a la vez que indefectiblemente es producto de una situación interna e intrafamiliar netamente conflictiva y correlacionada directamente con la patología que nos ocupa.

En los casos de cérvico-artrosis serán la conducta reactiva (92%), seguida de los conflictos (68%) las dos variables que más se aproximen. Dadas las similitudes a que nos referimos cuando consideramos el paralelismo existente entre ambas patologías en el conjunto de las variables registradas a nivel estructural, no sólo nos ha de sorprender este nuevo acercamiento o coincidencia, sino que opera una vez más, en consonancia con nuestra tesis.

Igualmente, los bajos porcentajes que se recogen en los 100 casos, donde la patología es tan dispersa como variable en su naturaleza y grado de afectación, nos ponen de manifiesto el peso específico de una casuística concreta, que por el hecho de ser tal, repite y por tanto suma, cada una o la mayor parte de sus anomalías. Las concentra y sistematiza y de ahí el que en un momento dado podamos hablar de un auténtico perfil y con éllo, de la posibilidad de identificación, a modo de retrato robot, e incluso de una posible premonición.

En contrapartida, la selección de 100 casos, en -

los que sólo tienen de común el que son considerados como patología psicosomática pero se diferenciarán tanto en su tipo como en su grado, es obvio que se observe y registre una verdadera dispersión de signos y de posibles variables, con lo que el simple hecho de una simplificación y sistematiza - ción de éstos ha de conllevar unos bajos porcenta - jes, dado que buena parte de esta patología deriva su problemática por otros canales que no son los - correspondientes con nuestro sistema de registro.

Por lo que respecta a la segunda de nuestras preten - siones, cual es, el de si el medio favorecedor de patología, tal y como hemos constatado en virtud del conjunto de variables afectadas y correlacio - nables con la enfermedad propiamente dicha, conlle - va, a su vez, como un elemento sustancial mas de su propia naturaleza, la capacidad no sólo de "crear" o "producir" enfermedad, sino "crear" o "producir" una determinada o específica patología. Dado el gra - do de profundidad que se requiere para adentrarse en el inconsciente a la búsqueda de la "fantasía específica" (Chioza) renunciemos a su estudio y por supuesto nos olvidaremos de todo tipo de espe - culacion al respecto. No obstante proclamamos aquí el interes e importancia que un estudio de esta na - turaleza, ofrece para nosotros.

Es cada vez más claro y evidenciable, el hecho de

que tanto la patología que nos ocupa como en su día aconteciera con los casos estudiados sobre cérvico-artrosis o cualquier otro tipo de enfermedad, conllevan un conjunto de similitudes y de características comunes, que verdaderamente hacen permisible, y bien lejos de la mera especulación, la existencia de auténticos pérfiles, de verdaderos y posibles retratos robot entre la patología cuestionada y el contexto caracterológico en el que se instala, e incluso las bases estructurales determinantes.

Indudablemente el conjunto de los aspectos considerados, tiene un valor "per se"; no obstante, - desde nuestro punto de vista, su consideración - requiere ser tratada y contrastada dentro de un amplio contexto. Es decir, precisa ser visto y estudiado, incluido en la totalidad de los aspectos que en nuestro trabajo se contemplan. Con ello desembocamos, sin que desmerezcan el tipo de enfermería o de rasgos que se reseñan, en el apartado que consideramos como mas representativo, cual es el que llamaremos perfil psicossomático (siguiendo a Dunbar). Efectivamente, la "coincidencia" o analogía en una serie de rasgos caracterológicos de base en este tipo de pacientes, no deja de ser un fenómeno que, a nuestro entender, tiene un interés primordial. Del mismo modo, la convergencia o suma de esta serie de rasgos o características de este

tipo de personalidades nos aporta un denominador común, que viene a ser perfectamente sincrónico con los demás aspectos recogidos como significativos de esta clase de patología.

Desde el punto de vista del paciente, nos encontramos con un tipo de caracterología fuertemente llamativa y acusadamente perturbadora tanto para él mismo como para el resto de quienes con él conviven.

Verificado este hecho, resulta indiscutible que también el grupo en el que se encuentra inmerso el propio paciente, su grupo familiar, presenta una conflictiva tan manifiesta como sistemática y profunda. Ante la evidencia de estos hechos, nos tendremos que hacer lo que creemos sería la pregunta clave de este trabajo y el motivo de esta tesis la repetición de accidentes o fracturas en el paciente ¿puede tener una correlación etiopatogénica con la patología que detectamos a nivel de personalidad e incluso con la que referimos al grupo familiar, como tal?.

En "Caracter y erotismo anal" (1908) Freud configura tres de las cualidades esenciales de esta fase: dirá que son "sujetos ordenados, económicos y tenaces", para a continuación considerar estas cua

lidades en su grado intenso: escrupulosidad, avaricia y obstinación, enlanzándose a ellas una tendencia a la cólera e inclinación vengativas.

A su vez, la agresividad en este estadio adquirirá un rango y unas características especiales. Es la fase en que la movilización de esta carga o afecto de naturaleza agresiva se dará con fuerte intensidad. Y adquirirán una entidad que en su momento viene a configurar dos formas típicas de expresión:

- la agresión hacia el exterior en búsqueda de placer perverso, sadismo y
- la agresión hacia el interior, masoquismo, que según Wilhelm Reich sería como un cortocircuito para neutralizar la angustia y temor al castigo que conllevaría la pulsión agresivo-destructiva en su movimiento hacia el exterior. Generalmente, sadismo y masoquismo, con mayor o menor predominio de uno de ellos, camina juntos.

Convendrá, para una mejor comprensión de la patología que estudiamos recoger el conjunto de características que con minuciosidad y exactitud el propio Wilhelm Reich nos expone en su obra, ya citada, y que resume en su capítulo dedicado al "carácter masoquista" de la manera

siguiente: "resumamos los rasgos principales del carácter masoquista. Estos rasgos se encuentran por separado en todos los caracteres neuróticos. En conjunto, forman el carácter masoquista sólo cuando todos ellos están presentes y cuando determinan la clave de la personalidad y sus reacciones típicas. Rasgos típicos del carácter masoquista son los siguientes: subjetivamente, una -sensación crónica de sufrimiento, que aparece objetivamente como una tendencia a automenosprecio ("masoquismo moral") y una compulsión a torturar a los demás, que hace sufrir al paciente no menos que al objeto, Todos los caracteres masoquistas muestran una conducta específicamente torpe, de escaso tacto, en sus modales y en su relación con los demás ..."

Karl Abraham nos aportará algunos otros aspectos o rasgos correspondientes al llamado carácter anal. Rasgos que nos interesa dejar constancia por el interés que ofrece dentro de los argumentos que trataremos de aportar como fundamento de nuestra tesis. Al referirse a la relación de los rasgos del carácter con la fase de educación primaria con respecto al comportamiento a seguir en sociedad - con los hábitos excrementicios, hace mención del niño "desobediente", que se niega a obedecer las indicaciones de la madre pero que, por su propia

voluntad, hará un regalo generoso. Lo importante según Karl Abraham, es preservar su derecho a la decisión. Posteriormente citará a Jones, quien - alude a la "característica anal original de la terquedad, que puede desarrollarse en dos direcciones diferentes. En algunos casos nos encontraremos con inaccesibles y empecinamiento, esto es, con características que son improductivas y antisociales. En otros nos encontraremos con perseverancia y escrupulosidad, esto es, con características socialmente valiosas en la medida en que no sean extremas. Considerará mas tarde algunos aspectos de la envidia, la que, de origen oral, nos presenta en su fase anal, fuertes deseos de posesión de los demás, asociados con "impulsos de rencor contra el privilegiado propietario". La tendencia a la extravagancia, será considerada también como rasgo anal "aunque con menor frecuencia que la parsimonia".

Jones, una vez más, señala otro rasgo que creemos ofrece un interes peculiar dentro de nuestra exposición. Se refiere a "la tendencia a ocuparse o conducirse del lado opuesto de diversas cosas y situaciones". Desde los casos de zurdos o ambidiestros que hemos recogido, hasta la tendencia a indagar con pretensión de daño, las partes ocultas (voyeurismo), consideramos pueden ser relacionados con este último aspecto.

De otro lado, Balint nos hablará de dos tipos de personalidades opuestas: los que él llamará filóbatas y ocnófilos, respectivamente. Por filóbatas entenderá un concepto que, procedente de la misma raíz que la palabra acróbata, sirve para designar "aquellas personas que tienen miedo a la proximidad de los objetos y que, motivados por este temor, - aman el riesgo, buscan actividades libres, fuera de toda protección y amparo, actividades que dan lugar a thrills, esto es a estremecimiento".

En contrapartida, el ocnófilo (vacilar, agarrarse lentitud, pereza) se referirá con su proximidad y apego un apoyo, un respaldo, una protección y seguridad.

"Ambas posiciones -filóbatas y ocnófilos- nos dice Balint, son patológicas, en la mayoría de los casos, ambas se mezclan entre sí, y de la misma manera que el sadismo no existe sin el masoquismo, de tal suerte que hoy se habla siempre de sadomasoquismo, hay que suponer que todo ocnófilo se presenta siempre con aleación filobática y, reciprocamente, el filobatismo contiene siempre una veta de ocnofilia".

Con nuestro enunciado de las partes o aspectos experimentales de nuestro trabajo y la disección de un conjunto de referencias teóricas, referencias que

consideramos en estrecha y directa relación con nuestra temática, daríamos por expuestos los elementos básicos que nos pueden explicar y fundamentar la respuesta o tesis que nos planteaba la pregunta que nos hicimos al referirnos a las bases o motivaciones etiopatogénicas de la patología traumática. Es decir, la disyuntiva sería: o todo trauma físico, corporal y en especial la repetición de este u otro tipo de trauma, es puro azar, casual, o por el contrario, tiene un trasfondo motivacional a nivel inconsciente, supuesto que se descarta previamente todo trauma que manifiestamente sea intencionado (aunque aún en estos casos deberíamos buscar la existencia de un trasfondo inconsciente, mas es casuística que queda - al margen de nuestro actual propósito). En el segundo supuesto, hablaríamos entonces, de una auténtica traumatofilia.

Un recorrido somero del conjunto de las características recogidas como datos más representativos y sobresalientes de la casuística estudiada, de un lado, y de otro, la serie de conceptos teóricos - que aportamos a continuación, nos permiten observar con toda facilidad, la extraordinaria, cuando no sorprendente semejanza o identidad que se da entre unos y otros caracteres. Caracteres, todos ellos, básicos y que definen buena parte del cambio estructural de la persona...Es decir ese

conjunto de elementos vienen a ser parte sustancial y constitutiva de la persona definitoria de una buena serie de pautas de su habitual comportamiento.

Por tanto constituyen la base de sus formas de conducirse, pensar, sentir y moverse. Hasta aquí pues la correspondencia de teoría y base experimental - nos permite, al menos, afirmar que la caracterología definitoria de este tipo de pacientes es correspondiente con la llamada "caracterología anal". Desde las características de los intensísimos afectos de envidia que detectamos fácilmente, su fuerte y destructora agresividad, su testarudez y oposicionismo, su dominación o tendencia celosa al mantenimiento de su capacidad decisoria, su filobatismo, su provocación, su ocnofilia, así como su extravagante, pero evidente demanda de afecto - "el carácter masoquista intenta mitigar la tensión interna y la amenazante angustia con un método inadecuado, es decir, exigiendo cariño mediante la provocación y el desprecio- configuraran un basto perfil de características neta o preferentemente anales.

El paso siguiente, por tanto, será el de preguntarnos si en una personalidad con ese conjunto de características y describiendo un comportamiento como el que en su momento reseñamos, es doble una conducta facilitadora de traumas corporales.

Evidentemente, el planteamiento es tan posible como obvio. El grado de exposición es mayor y más continuo. El dintel de protección y seguridad corporal están en límites mínimos o por bajo del umbral. El riesgo que habitualmente corre es muy elevado. Su capacidad de orientación y medida tiempo espacial en movimiento, disminuye a extremos de bordear constantemente la peligrosidad.

Mas conjuntamente con los aspectos más bien mecánicos o "técnicos" que señalamos anteriormente, nuestra tesis o punto de vista, quedarían insuficientemente aclarados, si no pudiésemos aportar otros elementos o experimentos que constituyesen el auténtico motor que pone en marcha todo ese armazón o "chasis corporal". Armazón o chasis que no deja de tener suma importancia, pero que por mejor o peor acabado que esté, así como instalados sus mecanismos de frenaje y movimiento, en el fondo quedan a expensas de la capacidad potencial del motor, auténtica fuente de movimiento y del manejo que de todo este aparato haga el "conductor" en este caso el "yo" del individuo.

Ante la posibilidad de este tipo de patología, en virtud de las características que presenta la base estructural de estos pacientes, a nuestro entender suficientemente convincentes, trataremos de añadir aquellos argumentos que corresponderían al

plano de motivaciones o factores casuales o determinantes. De entrada es indiscutible y queda suficientemente evidenciado el fenómeno de una tendencia o búsqueda constante de situaciones de peligro. Tampoco resulta muy difícil apreciar en estos sujetos un conjunto de afectos muy intensos, ambivalentes y encontrados: agresividad frente al medio y - contra sí mismos, fuerte miedo a la autoridad, envidias, venganzas y deseos de muerte frente a las figuras rivales (vgr. padre, hermanos, etc.).

Lo tempestuoso de estos afectos ofrecerá tal dificultad de manejo y control, como potencial destructor se encierra en la mayor parte de ellos. La necesidad imperiosa de derivar o neutralizar buena - parte de este caudal de energías se hace inevitable y comprensible. Y es aquí donde creemos se requiere hacer un breve inciso para referirnos al aparato locomotor.

De acuerdo con la teoría psicoanalítica del desarrollo, la fase anal, siguiente a la llamada oral, será correspondiente con la puesta en marcha del aparato locomotor. Es el estadio a partir del primer año, en el que el niño comienza su deambulación y sus movimientos de mayor o menor alejamiento de las figuras y medios protectores. El movimiento, de aproximación alejamiento del objeto querido, obviamente, requiere una seguridad y todo un aprendizaje. Esto nos lleva

a recordar aquí la referencia que hacemos del llamado filobatismo y ocnofilia. Es evidente que este tipo de movimiento en nuestros pacientes se manifiesta de forma tan tempestuosa como desorganizada y neurótica. Movimiento muy controvertido, irregular, desordenado, aparatoso, extravagante y muy desmedido en los potenciales agresivos que inevitablemente se han de poner en marcha para llevar a cabo esta experiencia y realizar este estadio - tan importante de su desarrollo.

Consideramos, pues, que el conjunto de datos que nos aporta el estudio de nuestra patología, son suficientemente demostrativos como para afirmar que el paso por este estadio ha de entenderse como netamente anormal.

Añadamos ahora otro aspecto complementario del anterior. Nos referimos al hecho de que dentro del aparato locomotor, las extremidades, tanto piernas como brazos, desempeñan para el sujeto no sólo sus "palancas" motores, sino también los elementos básicos de ejecución tanto de mensajes amorosos como agresivos. Brazos y piernas, manos y pies, vienen a constituir los dos extremos realizadores de estas pulsiones internas.

Supuesto este conjunto de factores básicos procederá hacernos la pregunta siguiente, cuál es: en el -

supuesto de la existencia de unas motivaciones inconscientes determinantes de una tendencia -traumatofílica, ¿qué finalidad o intencionalidad inconsciente puede tener esta tendencia neurótica y repetitiva a la autoagresión?. La respuesta a esta pregunta, inevitablemente, y aquí somos conscientes que nos distanciamos de los cánones de la medicina clásica o científico-natural, nos lleva de la mano a un terrero especulativo, aunque a nuestro entender bastante "lógico", dentro de la ilógica que preside el movimiento inconsciente de la persona, y comprensible.

Es indudable que a la intensa demanda de afecto del interesado, éste responde de forma un tanto aberrante, excéntrica, contradictoria, neurótica y tremendamente enredada. Determinando, en su medio, generalmente el efecto o reacción opuesta a lo que pretende.

El hecho de la intensidad de sus afectos, como lo controvertido de éstos y de su debilidad yoica para el manejo adecuado de estas cargas, llevan al sujeto a una situación de constante frustración, sentimiento de inseguridad, de fracaso y de pérdida. La respuesta agresiva, destructiva -ya desordenando lo que la madre ordena; ensuciando; pegando; provocando; incordiando, "matando" o excluyendo fantásticamente; retando o transgrediendo las normas sociales y/o familiares, etc. no se hará esperar e incluso se sistematizará.

Obviamente, ante una dinámica de este tipo y la contrarrespuesta enconada y agresiva del medio, cerrando con élllo un auténtico círculo diabólico ha de conllevar una situación o estado depresivo de fondo, con intensas cargas de sentimientos de culpa, de abandono, de menosprecio, de autoagresión, de venganza y resentimiento. Es aquí, en este enclave, donde encontraremos la respuesta a la pregunta que nos hacíamos referente a la intencionalidad o fin de la posible tendencia al hábito traumático. Qué se pretende, inconscientemente o se consigue mediante este recurso?. A nuestro entender, y considerando que el mecanismo tiene un claro y firme propósito de autoagresión por motivaciones inconscientes, las pretensiones pueden ser:

- 1- Drenar y liquidar fuertes cargas de angustia y de miedo. Tan irracionales como intensas, incontrolables y flotantes.
- 2- Neutralizar y liquidar grandes dosis de sentimiento de culpa por medio del autocastigo. "He sido malo, cruel, me retirarán el cariño, merezco un castigo apropiado", podría ser la dinámica de un pensamiento inconsciente. "Cuando hace esas cosas -traumatizado- después le pesa" manifiestan algunas madres. "Trato de ocultar -cuanto puedo lo que me ocurre", expresan algunos de los casos estudiados. "Mi padre dice que como lo haga otra vez me mata".

- 3- Bloquear y neutralizar fortísimas pulsiones agresivo-destructivas dirigidas contra los objetos exteriores-frustrantes (madre por ej.) o rivales (padre o hermanos), mediante una mecánica de corto-circuito, como una especie de "toma de tierra".(Este aspecto queda muy bien clarificado en los dibujos del test familiar, donde a las figuras oponentes se las suele excluir o reducir en mucho de su tamaño). Por este mecanismo, inconscientemente, se elegiría la "solución" de "mal menor".

- 4- Satisfacción indirecta de fuertes pulsiones de venganza para con aquellas personas a las que se desea agredir, y que lo impide hacerlo en directo ya por miedo (autoridad-padre) ya por entrar en conflicto con sentimientos de necesidad (madre), ya por temor al rechazo (rivalidad entre hermanos frente a la madre). "Si me hago daño, mi madre sufrirá y lograré tener la preferencia sobre mis hermanos" podría ser el pensamiento determinante de esta conducta. "Mi padre dice que la próxima vez que me rompa el brazo, él me romperá la cabeza". Expresión clara de cómo es vivida la acción como una agresión indirecta (venganza satisfecha).

- 5- Evitación y tregua de la constante agresión y hostilidad del medio para con él. "Cuando me rompo el brazo me tratan mejor y no se meten conmigo".

6- Búsqueda o aceptación del papel de víctima o chivo-emisario, con el "fin" de neutralizar y drenar las cargas de tensión, amenazantes de destrucción y desintegración, del grupo familiar al que se pertenece.

7- Manipulación y posible dominio del medio.

Un paso más, saliendo ya de la problemática existente en el plano o fase anal, nos adentraremos en la fase o estadio edípico. Por todos los medios que nos es permitido obtener información de este plano y teniendo en cuenta que una buena parte de estos pacientes, por su edad (5-10 años), se encuentran en pleno estadio, observaremos que también a este nivel se da una problemática fuerte y tan tensa como extremada y amenazante. El movimiento o dinámica, suele discurrir por los cauces, diríamos naturales, es decir, madre solicitada, necesitada, bien acogida y padre rival, competidor, opo_nnente. Lo que ya adquiere un signo claramente patológico, será su carga o intensidad... Las posiciones vienen a ser tan extremas, que tanto la dirección de la pulsión hacia la madre, como la agresividad hacia el padre, adquieren un potencial tan considerable, como sea la rigidez y extremosidad del padre y de la madre. El padre autoritario será tan temido como neurotizada la relación con la madre por la intensa angustia que le despertaran sus

propias pulsiones. Este hecho, claramente recogido en una buena serie de expresiones aportadas - por los que cogimos en su momento, cual es la elevada cuantía de casos en los que se detectan fuertes complejos y angustias de castración.

Este hecho nos lleva, inevitablemente, a tener que buscarle una "explicación" dentro del contexto en que nos desenvolvemos, es decir, si también este aspecto desempeñará un papel dentro del conjunto de los factores determinantes de la conducta del paciente y de manera específica en su supuesto hábito traumático.

Tratar de comprender este planteamiento, nos obliga inevitablemente, y una vez más, a adentrarnos por derroteros especulativos. Y es que, en este caso, hemos de movernos dentro del terrero simbólico. La mayor cuantía de accidentes que espontáneamente se han ido registrando sin criterio selectivo de ningún tipo, serán fracturas. Fracturas - que corresponden a extremidades y dentro de ellas con carácter preferente, fracturas de brazos. Y - más concretamente del antebrazo propiamente dicho o codos.

Las extremidades en determinados test -en nuestro caso, test familiar- generalmente serán consideradas como las partes mas directamente relacionadas

con los sentimientos, fantasías o temores de castración. (vgr. padre dibujando con las manos cortadas). Otro tanto, al igual que con otros objetos o instrumentos semejantes a las extremidades ya por su configuración anatómica, ya por su función, será el significado de estos elementos en el mundo de los sueños, de las asociaciones libres y de las fantasías..

Si extrapolamos, aún siguiendo dentro de nuestra versión simbólica, y buscamos coincidencias en el plano del lenguaje popular, es fácil encontrarnos con una buena serie de gestos y expresiones de naturalidad semejante a la que nos referimos. Desde el gesto de movimiento del brazo para expresar la potencia o provocación peneana, gesto tan universal como tradicional, hasta el "juego de manos" escondiendo el dedo gordo y sacándolo por entre el dedo índice y medio, para "hacerle creer" al niño que ha sido castrado, pasando por expresiones tan categóricas como amenazantes -¡como vuelvas a hacer eso o a tocarte, te corto las manos!- nos encontramos con un bastísimo material cultural - que, a través del más puro simbolismo, nos lleva siempre por extrapolación, al sustantivo del asunto, cual es, el sexo o plano genital.

Expresiones tales como, "mire Vd... es que no dá el brazo a torcer", referidas a la actividad obsteti

nada del paciente, y con frecuencia repetidas en nuestras entrevistas, vendrán a confirmar, en su versión simbólica, cuantos argumentos se vienen aportando al tema. Consecuentes con este punto de vista, será ahora cuando podremos explicarnos el conjunto de datos fenomenológicos, que reseñábamos al comienzo. En efecto, tanto los elevados porcentajes en favor del sexo masculino como las edades en las que se dan los máximos de concentraciones tendrían como motivación básica de fondo una conflictiva a nivel de enclave o punto de inflexión en el que, siguiendo el proceso natural de desarrollo, en su fase edípica, se ha de dar la deflexión de unas cargas libidinales que se alimentaban e investían a ambas figuras -padre y madre- como elementos buenos y favorecedores, y que llegando este momento, coincidente con la fase de deambulación, se han de dar fundamentalmente tres derivaciones:

Primera.-Conservación de la figura del padre como elemento identificativo bueno, positivo, estimable e imitable, y por tanto, incorporable.

Segunda.-Contemplación y anhelo de la figura de la madre como algo propio, exclusivo y no compartible.

Tercera.-Consecuentemente con la segunda derivación vivencia de la figura del padre como elemento rival y competitivo y por tanto, evocación de pulsiones agresivas, ante una figura que es, a su vez, querida y necesitada, a la vez que vivida como muy auto

ritaria y prohibitiva. Será pues esta deflexión y enclave el que definitivamente desempeñe el - máximo y decisivo protagonismo en el conflicto y comportamiento de estos pacientes, así como - en sus consecuencias traumáticas.

Naturalmente convenirá dejar suficientemente bien claro que, aunque la batalla que se libra concierne al estadio o fase edípica, tanto en su acceso como paso, no es menos cierto que con los mecanismos o "armas" con las que preferentemente se libra esta batalla, a nivel pulsional e inconsciente, serán las que se incorporaran a su fase anal -tenacidad- obstinación, agresión-provocación, sometimiento-dominio, envidia-ambición, etc. con lo cual resultará más comprensible la dinámica y conflictiva de este tipo o forma de enfermar.

Y es precisamente en este enclave donde el proceso de la mujer se dá, en su desarrollo constitutivo, de manera sustancialmente diferente. Es bien sabido que la rivalidad de ésta con su madre es posterior o paralela y ambivalente. A la vez, predominan frente a ella, elementos pasivos, frente a los activos del sexo opuesto.

El papel de funciones motoras, así como su protagonismo como vía principal del ejercicio de las partes activas del individuo, es evidente. Las cargas de -

pulsión agresiva que se necesitan para el desempeño de esta función serán, a su vez, presumiblemente superiores a las que conllevan las actitudes y pautas pasivas.

Es pues, en base a estos criterios en los que puede fundamentarse la explicación de los fenómenos mencionados.

En cuanto al tercero de ellos, cual es, la mortalidad por huida y no retorno de este tipo de patología, habríamos de convenir que la base de esta forma de comportamiento estaría en la movilización de intensas cargas de angustia ante la eventualidad, intuible, de que su problemática pueda centrarse allá, en su órgano-diana-psyque, aspecto este que será eludido fóbicamente, negado y reprimido. Contribuyendo precisamente, esta resistencia fóbica a ser un indicador más y muy significativo del por qué de la búsqueda de una vía "resolutiva" de su conflictiva que quede bien alejada del centro u origen de su problemática de fondo.

Nos lleva, precisamente este mismo aspecto, a una de las interrogantes que, como es habitual en toda la llamada Patología Psicosomática, suele hacerse, cual es: la elección de órgano. Es decir ¿por qué este tipo de individuos "eligen" esta forma de enfermar y no otra?. O lo que es lo mismo, ¿por qué el con-

junto de personalidades con una caracterología como la reseñada y sus motivaciones no hace una cérvico-artrosis, por ejemplo, o en todo caso, una psicopatía manifiesta?. Responder a tal interrogante significaría entrar en un tema discutidísimo e irresuelto para la propia Medicina - Psicosomática. Las múltiples versiones que han venido a darse sobre elección de órgano, no han resultado plenamente satisfactorias. Estaríamos con la mayor parte de los autores, quienes consideran han de tenerse en cuenta múltiples factores y circunstancias. La clave habría de estar en la búsqueda de la fantasía primaria específica mas ya señalamos con anterioridad el motivo de nuestra renuncia al estudio de este aspecto (pag. 116 7). Si nuestra respuesta, en el caso que nos ocupa, hubiese de ceñirse a la segunda pregunta que no a la primera, podríamos decir que el factor inteligencia -el psicópata suele ser un sujeto con índices intelectuales muy altos- la segunda. No obstante, nuestra respuesta siempre - sería insuficiente, incompleta y sin base demostrativa.

El hecho está ahí, y de momento, nos limitamos a discernir hasta donde nos es permitido llegar con unos mínimos de verosimilitud.

Así pues, de acuerdo con cuanto venimos señalando y dentro de un plano netamente simbólico, creemos reunir los suficientes elementos como para poder enunciar nuestro punto de vista: La intencionalidad inconsciente de un hábito traumático, preferentemente compuesto de una elevada casuística de fracturas y correspondiente y correlacionable con angustias y complejos de castración, podría tener la siguiente configuración:

- A) Castración o mutilación simbólica.
- B) Contracatexia del aluvión de pulsiones con que el medio le amenaza y que vivencia como una castración masiva.
- C) Venganza indirecta. Introyección y agresión de - la parte introyectada -potencia del padre- y mutilación castradora. El pensamiento podría explicarse poco más o menos en los siguientes términos "Vengaré el daño que me ha infligido mi padre . Desearía quebrar, mutilar su poder, su pene, su fuerza, su autoridad prohibitiva. Tengo miedo a sus represalias. Lo incorporo dentro de mí y le quebraré el brazo con él que me ha venido pegando o amenazando".
- D) Quiebra-fractura de fuertes anhelos y fantasías de autoafirmación, por lo que conlleva de angustia ante el valor de competitividad o deseos de superación-liquidación de la figura del padre.

- E) Freno o neutralización de gustos-tendencias homicidas-suicidas de difícil control.
- F) Las bases estructurales sobre las que se instala y configura este tipo de patología serán, depresivas, Bordelines y enfermizo-paranoides.

M.V.P.J. - 26 AÑOS.-

=====

4 Fracturas: 2 casuales

2 accidentes de trabajo.

1ª.- A los 7 años (luxación de codo derecho, jugando)

2ª.- A los 12 años (fractura de codo derecho, jugando)

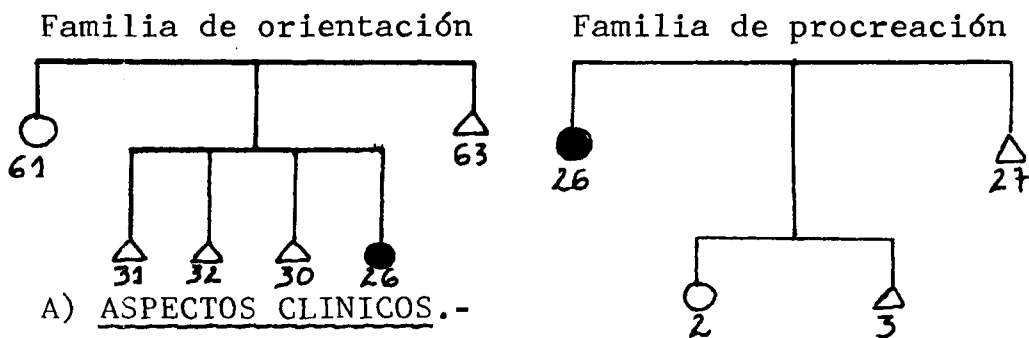
3ª.- A los 17 años (fractura primer dedo mano derecha,
trabajando)

4ª.- A los 20 años (fractura rótula izquierda, traba-
jando)

Ha padecido ademas varios esguinces en ambos tobillos
que han requerido vendaje enyesado para su tratamiento.

M.V.P.J. EDAD: 26 años NATURAL: Lagartera (Toledo)
MOTIVO DE CONSULTA: Fractura.

DIAGRAMAS



Antecedentes personales: traumatizada de repetición.
Fractura de codo derecho, fractura de primer dedo mano derecha, fractura de rótula izquierda.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Veamos algunos de los aspectos más significativos como elementos favorecedores de este tipo de patología:
"Mi madre la recuerdo enferma de los nervios de siempre la tuvieron que poner 13 ó 14 corrientes. Yo tenía que hacermelo cargo de las cosas de casa con todos mis hermanos"
"Yo es que soy muy cabezona y tienen que ser las cosas como yo quiero".

"Mis hijas me ponen muy nerviosa. El chico es muy revoltoso. Lo revuelve todo. Le chillo y le pego y a veces les digo que les voy a matar. Les doy mucho en la cabeza y luego me arrepiento".

De acuerdo con nuestras entrevistas y el informe de los test su grado de primitivismo es muy acusado.

DIAGNOSTICO: Borde - line con componente depresivo intenso.

J.M.P.S. - 16 AÑOS.-

=====

4 Fracturas casuales.

1ª.- A los 14 años de edad en Junio del 73 (fractura cúbito y radio izquierdo en 1/3 medio distal. Montando en un esquí).

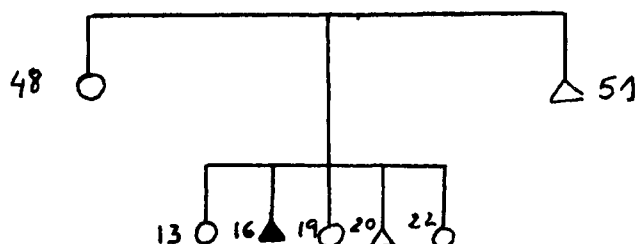
2ª.- En Noviembre del 73, a los 4 meses de la fractura anterior (Fractura bimalleolar del tobillo izquierdo. Por una patada).

3ª.- A los 5 meses de la 2ª fractura (fractura antebrazo derecho. Jugando al hockey).

4ª.- Abril del 75. (Fractura antebrazo derecho 1/3 distal de radio en rodete. Por caída).

Asistido en nuestro Servicio de la última caída, es inmovilizado con vendaje enyesado durante un mes. El control radiológico final, es normal.

J.M.P.S. EDAD: 16 años NATURAL: Madrid
MOTIVO DE CONSULTA: Fractura



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales. Fractura de antebrazo izquierto esquiando. Fractura de tobillo izquierdo por una patada. Fractura de antebrazo derecho jugando al hockey. Fractura de antebrazo derecho por caída.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Los aspectos patológicos de este caso de comportamiento más bien psicopático -en una ocasión es detenido en su Instituto- trascienden de su propia persona y arrojan unos índices de conflictividad familiar muy elevados, tanto por parte de los padres como del hermano que también fue detenido. El padre en un accidente de coche mató a un amigo.

Sobresale en el sujeto un alto nivel de distracción como una forma de evadirse de una realidad cotidiana, poco o nada atractiva. Será esta misma "distracción" el elemento inmediato de la mayor parte de sus accidentes.

DIAGNOSTICO: Depresión angustiosa latente. Comportamiento psicopático.

A.M.G. - 8 AÑOS.-

=====

5 Fracturas: todas éllas casuales.

1ª.- Casual (Antebrazo izquierdo.Peleando)

2ª.- Casual (Antebrazo izquierdo.Jugando)

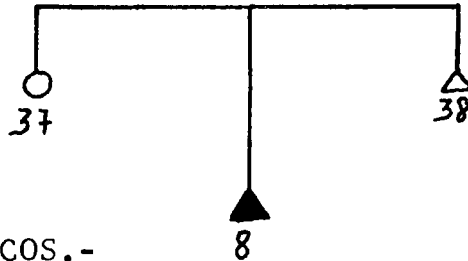
3ª.- Casual (Antebrazo derecho.Con una bicicleta)

4ª.- Casual (antebrazo derecho.Caída en tapia)

5ª.- Casual (antebrazo derecho.Caída)

Todos estos accidentes han ocurrido entre los 4 y 8 años de edad, época en la que viene a nuestra consulta.

A.M.G. EDAD: 8 años. NATURAL: Málaga (C. Real)
MOTIVO DE CONSULTA: Fractura del brazo.



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales: 3 años (fractura en tallo verde, por caída en un pesebre). 4 años (Fractura de brazo en pelea con un compañero). 5 años (Fractura de brazo. Caída de bicicleta). 6 años (fractura de brazo por caída). 8 años (fractura de brazo. Caída pared).

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Breve síntesis de expresiones recogidas en entrevistas:

Madre "Es revoltoso, inquieto..."

Paciente "De cinco partes, aburrido en tres..."

"Es que yo le digo a mi padre que quiero tener un hermano y me ha dicho muchas veces que pare el carro... que si Dios quiere...Yo le digo que si yo fuese Dios haría que mi madre diese a luz..."

Test En él se recogen expresiones que vuelven a patentizar su problemática edípica: "Estos pollitos están - pensando en este gallo y se lo van a comer". "La cuerda se la llevarían la madre y el hijo, porque juntos tienen más fuerza que el padre". "El león (Figura paterna) ya se ha hecho viejo y el ratón se pregunta que qué le pasará. Cuando sea viejo se morirá y entonces otro leon, tendrá que ocupar su puesto".

DIAGNOSTICO: Depresión reactiva.-

F.J.G.G. - 9 AÑOS.-

=====

4 Fracturas: todas éllas casuales.

1ª.- A los 4 años (Fractura codo izquierdo. Se cayó desde un tejadillo).

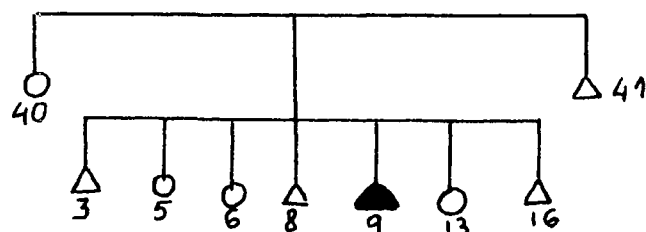
2ª.- A los 5 años (Fractura codo izquierdo. Caída empujado por su hermano).

3ª.- A los 6 años (fractura codo derecho. Caída desde una tapia).

4ª.- A los 9 años (Fractura codo izquierdo. Caída desde una tapia de 5 m.).

F.J.G.G. EDAD: 9 años. NATURAL: Madrid

MOTIVO DE CONSULTA: Fractura.



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales: 1ª fractura de brazo a los 2 años; 2ª fractura de brazo a los 3 años; 3ª fractura de brazo a los 6 años; 4ª fractura de brazo a los 9 años.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Breve exposición de expresiones recogidas en las entrevistas:

Madre (panorámica familiar)

"No es malo, pero siempre mas bien en peligro...va to do a lo animal, a lo bestia..." "Mi hijo el de 8 años es retrasado mental..." "Se pegan mucho". "Les trato a base de palos ¡uy! yo pego más...ahora que cuando el padre pega es de miedo...coge un palo o el cinto... Ayer mismo, al hijo mayor le dió una paliza..." "Al ma yor le he tenido en un reformatorio por incorregible. Coge dinero y miente". "La niña igual, miente y roba". "Este hijo es muy envidioso y desobediente...lò que él tiene lo quiere solo para él"

"Mi marido muy malo, de capeas..."

"La hija de 6 años, cardiaca, epiléptica y subnormal"

"Este siempre va buscando el peligro...si no está con un grifo, con un enchufe...en una ocasión prendió fue go a un sillón...estaba el niño pequeño y cerró la -

puerta por miedo al padre..."

"Es indolente, pasivo y en el colegio se deja pegar..."

DIAGNOSTICO: Depresión Reactiva. Acusados trastornos
del carácter.

J.M.P.C - 5 AÑOS.-

=====

1ª.- A los 4 años en febrero del 74:(Fractura de tibia izquierda. Al bajar una escalera se cayó)

2ª.- Mayo del 74:(Fractura de cúbito y radio derecho. Se cayó al pisar un cordón del zapato).

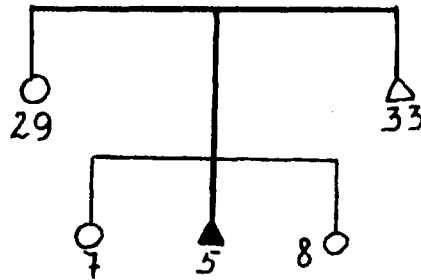
3ª.- A la semana siguiente de retirar la escayola de la pierna (Fractura supracondilea izquierda. Por caída).

4ª.- Diciembre del 74(Herida en labio que necesitó sutura. Al bajar una escalera).

5ª.- Enero del 75 (Fractura de tibia derecha 1/3 inferior, espiroidea. Jugando).

Asistido en nuestro Servicio por su última fractura, consolidó normalmente en un vendaje inguinopédico durante un mes. Control radiológico final, es normal - apreciándose un buen callo sin alteraciones significativas. Analíticamente normal. Presenta un estudio electroencefalográfico que en conclusión dice "excesiva tensión emocional".

J.M.P.C. EDAD: 5 años NATURAL: Madrid
MOTIVO DE CONSULTA: Fractura de tibia.



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales.-

Fractura de tibia izquierda a los 4 años de edad; fractura de cúbito y radio al mes; fractura supracondilea izda. a los 2 meses; herida en labio a los 3 meses.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Breve síntesis de comentarios de las entrevistas:

Madre: "Malo, malo, no es. Es un poco bruto ...testarudo...le gusta pelear...es un niño que no vé el peligro...Se le advierte, pero no hace caso...

¡Cuantas veces se le ha advertido que no se tire de algunos sitios! Con su hermana mayor se lleva muy mal... Ella estuvo sus primeros años con sus abuelos y ahora al volver, quisiera ser ella sola..." "A mi me gustan mas los niños y élla se dá cuenta".

Test.-La hermana es excluida del dibujo. Padre vivenciado como un "monstruo". Madre vivenciada como angustiada.

DIAGNOSTICO: Depresión Reactiva.-

J.M.B. - 5 AÑOS.-

=====

5 Fracturas: 4 fracturas casuales.

1 accidente de tráfico.

1ª.- A los 4 años de edad (Fractura 1/3 medio antebrazo izquierdo. Cúbito y radio. Al caer de - un zarzal)

2ª.- A los 7 meses de la fractura anterior (Fractura 1/3 distal de radio izquierdo. Se tiró por una tapia).

3ª.- A los 3 meses de la segunda fractura (fractura radio derecho, 1/3 medio distal)

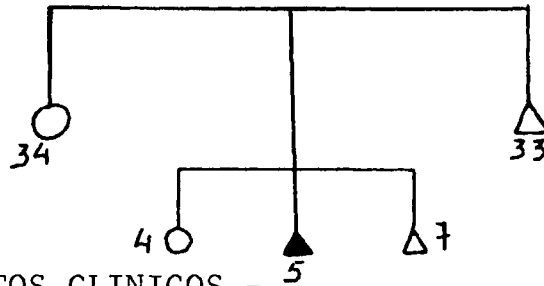
4ª.- A los 5 meses de la 3ª fractura (Fractura cúbito y radio derecho 1/3 inferior. Le pusieron la zancadilla al salir del colegio).

Asistido en nuestro Servicio de la 3ª y 4ª fractura, consolidacion de las fracturas en un periodo normal de tiempo con vendaje enyesado y sin incidencias. Presentando los controles radiológicos un buen callo óseo y una estructura normal ósea.

Analíticamente normal.

Posteriormente ha sufrido un atropello por un coche.

J.C.M.B. EDAD: 5 años. NATURAL: Madrid
MOTIVO DE CONSULTA: Fractura brazo.



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales.-

A los 4 años de edad fractura 1/3 medio antebrazo izquierdo; a los 7 meses fractura 1/3 distal radio izquierdo; a los 3 meses fractura 1/3 medio radio derecho.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Breve síntesis de expresiones recogidas en las entrevistas.

Madre: "Siempre se sube por los sitios mas difíciles"

"Con su hermano el mayor no consigo nada por las malas...pega bastante a los demás..."

"A mi los niños no me gustan nada"

"Entre ellos se pegan mucho...el mayor siempre se sale con la suya..."

Yo creo que tiene "pelusa" del mayor".

Paciente: "Mi mayor ansiedad es jugar, porque me caigo..."

"Mi hermano me pega puñetazos en la cara".

DIAGNOSTICO: Trastornos del carácter. Depresión.

F.P.G. - 12 AÑOS -

=====

3 Fracturas: 3 casuales

1 desprendimiento retina^A ojo derecho.

1ª.- A los 10 años de edad (Desprendimiento de retina
ojo derecho. Por balonazo)

2ª.- A los 11 años de edad (Fractura de clavícula
izquierda. Jugando al futbol)

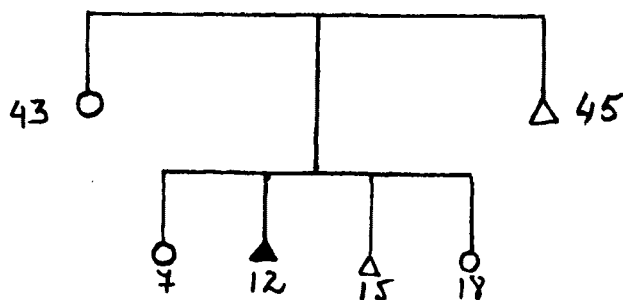
3ª.- A los 6 meses de la 1ª fractura (Fráctura de hú
mero izquierdo. Jugando al futbol)

4ª.- A los 8 meses de la 2ª fractura (Fractura extrem
idad distal de radio izquierdo. Al saltar una
zanja).

Asistido en nuestro Servicio de la última fractura (la
de extremidad distal de radio izquierdo). Precisos reducc
ción incruenta bajo anestesia, vendaje enyesado por esp
acio de dos meses. Los controles radiológicos present
an una buena reducción y posteriormente buen callo -
óseo y una estructura ósea normal. Es zurdo.

F.P.G. EDAD: 12 años NATURAL: Madrid

MOTIVO DE CONSULTA: Fractura de muñeca



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales.-

A los 10 años desprendimiento de retina por balonazo;
a los 11 años fractura clavícula; a los 6 meses fractura
de húmero.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Breve síntesis de expresiones recogidas en las
entrevistas:

Madre: "Su padre bebía mucho...no trabajaba...yo
trabajaba, así que decidí no vivir con él...El niño
tenía 6 años...Yo apenas estoy en casa por el traba
jo...Es mi hija, la de 18 años la que lleva las co-
sas..."

Paciente: "Mi hermano mayor me pega...siempre me es
tá pegando...yo, me dejo pegar...mi hermana, la ma-
yor, me defiende..." "Mi padre pegaba mucho...una -
vez que estaba yo solo, pegó a mi madre y la hizo
una brecha en la cabeza..."

DIAGNOSTICO: Depresión Reactiva.-

A.S.G. - 25 AÑOS.-

=====

A los 11 años, herida antebrazo = requiere sutura.

A los 12 años, herida en cráneo = requiere sutura.

De 16 a 20 años, fractura de tobillo derecho.

Luxación hombro izquierdo.

Fractura costal.

Fractura dedo anular, mano izda.

De 21 a 25 años, Rotura menisco, rodilla izda

Lesión de abductores (esguince)

Lesión-contusión sacro.

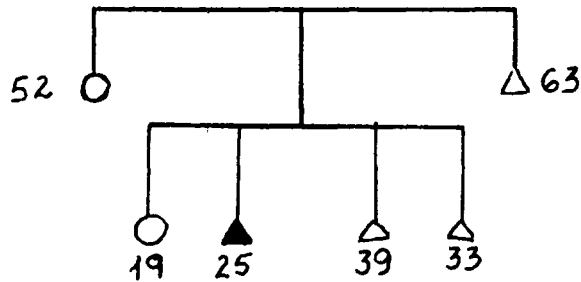
Rotura ligamento lateral-interno
rodilla derecha.

Fractura 3er metacarpiano, 3er dedo,
mano izquierda.

Asistido en nuestro Servicio por la fractura del 3er metacarpiano de la mano izquierda a los 2 días de habersele producido. Antes del tiempo normal de la consolidación de la fractura, se retira el vendaje enyesado para poder esquiar. No hay controles radiológicos del final del tratamiento por lo mencionado anteriormente.

A.S.G. EDAD: 25 años NATURAL: Madrid

MOTIVO DE CONSULTA: Traumatismo en pierna con
fractura y rotura abductores.



A) ASPECTOS CLINICOS.-

Antecedentes personales: pluritraumatizado: labio, dientes, craneo, frente, tobillo, hombro, dedos, menisco, sacro, ligamentos, músculos, etc. En diferentes y múltiples ocasiones.

B) ASPECTOS PSICOSOMATICOS.-

Recogeremos expresiones seleccionadas y significativas de nuestras entrevistas.

"Mis fracturas serán, unas por mala suerte y otras por hacer el bestia"

"Esta última ha sido esquiando...con algún pino"

"Mi madre siempre está mala...luego no es nada"

DIAGNOSTICO: Borde - line, con probables tendencias manifiestas al suicidio.

I CATEDRA DE PATOLOGIA GENERAL
Y PROPEDEUTICA CLINICA
Prof. A. FERNANDEZ-CRUZ

Depart. de Medicina Psicosomática
Dr. F. MARTINEZ LOPEZ

		SAIZ		
PATOBIOGRAMA-5	Apellidos		Nombre	<u>ANGEL</u>
		<u>GARCIA</u>		
Patología		Edad	Acontecimientos	
¿Endocarditis reumática?		4		
Amigdalectomía		9	Primera Comunión	
Se rompe labio y 1 diente		10	Comienza a ir a la sierra	
Herida en cráneo.Varios puntos (en bicicleta).Herida en frente por pedrada.		12	Muere un tío (le impresiono mucho)	
		14	Comienza a escalar	
		15	Vá por 1ª vez a Pirineos.	
Fractura de tobillo, desgarro de trapecio, luxación de hombro, derrame sinovial, fractura anular m.i. fract.costal por caída.	{	16	Muere el padre	
		18	Comienza Geológicas.	
Rotura menisco rodilla i. Lesion de abductores Lesion sacro por caída sobre nalgas. Fract. lig.lat. interno pierna d.Fract.3er metacarpiano dedo corazón mano i. (fract. actual)	{	20	Recogió 1 muerto y salvó dos chicos en el Naranjo de Bulnes.Le impresionó la familia del muerto.	
		25		

-Por la actividad de escalada, ha estado en múltiples ocasiones en situaci3n de peligro.

-158-

C O N C L U S I O N E S . -

- 1.-Que es evidente en los pacientes estudiados la existen
cia de factores inconscientes motivadores de una conducta
ta con alto nivel de anormalidad.
- 2.-Que tanto las motivaciones inconscientes del paciente
como la anormalidad en su conducta, estan inmersas y -
correlacionadas en una relación transaccional con una -
patología más basta y profunda, que podríamos llamar pato
tología familiar.
- 3.-Que los afectos básicos e inconscientes mas representati
tivos de este tipo de patologías, serán las cargas tan
intensas de angustia, miedo, envidia, culpa, búsqueda
ávida y aberrante de afecto, agresividad y fuertes temo
res de castración.
- 4.-Que el conjunto de intenciones inconscientes que determini
narían la "búsqueda de lesiones", accidentes o fracturas
formarían un denso haz con pretensiones de paliar, neu-
tralizar o liquidar tensiones internas que en ocasiones
pueden hacerse insostenibles.
- 5.-Que a nivel estructural, sobresale una patología de perso
nalidad con predominio de núcleos psicóticos.
- 6.-Que existen en estos pacientes un predominio acusado de
rasgos caracterológicos, patológicos, correspondientes
a la fase llamada anal.

- 7.-Que el fracaso desencadenante de la patología que nos ocupa, corresponderá a la fase edípica en virtud de - que tanto los elementos caracterológicos con que vá - "armado" el sujeto, como la barrera que representan - unos padres fuertemente intolerantes y persecutorios hacen presumir un choque y en definitiva una conflictiva difícilmente salvable.
- 8.-Que una serie de motivaciones inconscientes, pueden contribuir a modo de factor determinante al tipo de comportamiento patológico que se contempla.
- 9.-Que este tipo de motivaciones y de conducta patológica repercute y se encuentra íntimamente correlacionados - con sus traumas físicos repetidos, por lo que se puede hablar de hábito traumático o traumatofilia.
- 10.-Que patología traumática, como hábito y perfil psicológico específico, consideramos se hacen evidentes en nuestro estudio, perfil perfectamente diferenciable de cualquier otro tipo de patología.

B I B L I O G R A F I A.-

B I B L I O G R A F I A

- 1 ALEKSANDROWICZ, M.K. " The little prince:psychotherapy of a boy with bordeline personality structure"
Jr Coll Gen Pract,25(155):419-423, 1975.
- 2 ALESANDER, F. "The accident-prone individual"
Public Health Reports,64:357-362, 1949.
- 3 ALONSO ARENAL, F. "Los exámenes psicotécnicos aplicados a la prevención"
Salud y Trabajo, 7:38-44, 1977.
- 4 ALLAN CRAWFORD, W. "Accident pronenss"
Med. J. Australian., 2:905-909, 1971.
- 5 ALLEN, J. "Accident pronenss"
Med. J. Aust., 2:904-905, 1971.
- 6 ALLONES, R. "Le rôle des deficits psychophysiologiques dans les accidents".
Arch. Mal. Prat., 27:723, 1966.
- 7 AMADO, G. "Psychological aspects of accidents in children and their prevention"
Ann. Pediatr. (Paris), 19:679-684, 1972.

- 8 ANDERSON, A.L. "Personality differences between
 accident-loaded and accident-free young car drivers"
 Br. J. Psychol., 61:409-421, 1970.
- 9 ANTHONY, E.J. "The treatment of the latency child"
 Can Psychiatr. Assoc. J., 21(4):199-209, 1976.
- 10 ARBOUS, A.G., KERRICH, J.E. "Accident statistics
 and the concept of accident proneness"
 Biometrics, 7:340-390, 1951.
- 11 BARNES, F. "Accidents in the first three years of
 life"
 Child Care Health Dev, 116:421-433, 1975.
- 12 BASS, J.L., MEHTA, K.A. "Safety screening in a
 pediatric population (letter)"
 J. Pediatr., 89(5):863-864, 1976.
- 13 BEHAN, R.C., HIRSCHFELD, A.H. "The accident process.
 II. Toward more rational treatment of industrial
 injuries"
 Jama, 186:300-306, 1963.
- 14 BEHNKE, A.R., AUSTIN, L.F. "Introduction to scuba
 diving"
 J. Sports Med, 2(5):276-290, 1974.

- 15 BEVERLEY, E.V. "Reducing fire and burn hazards among the elderly"
Geriatrics, 31(5):106-110, 1976.
- 16 BIRNBACH, S.B. "A comparative study of accident-repeater and accident-free pupils"
Center for safety education New York University, 1949.
- 17 BONNARDEL, R. "La Psychometrie et la prevention des accidents du travail; L'importance du facteur intelligence concrète".
Le travail humain, 12(1-2), 1949.
- 18 BRANDALEONE, H. "Study of the relationship of health impairments and motor vehicle accidents"
I. Occup. Med., 14:854-859, 1972.
- 19 BRENNER, C. "An elementary text book of psychoanalysis"
Doubleday. New York, 1957.
- 20 BRIAN COOPER "Epidemiología psiquiátrica"
Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
Madrid, 1973.
- 21 BROWN, T.D. "Personality traits and their relationship to traffic violations"
Percept mot SKILLS, 42(2):467-470, 1976.

- 22 CAZAMIAN, P., CHICH, Y., DEVELE, G., FAURE, G.
"Problemes actuels de la recherche en ergonomie"
Sciences du comportement. Dunod. Paris, 4:79-97, 1968.
- 23 CERDA, E. "Psicología aplicada"
Editorial Herder. Barcelona, 1968.
- 24 CLEVELAND "Science sheds new light on accident
proneness"
Occupational Hazards, 9:61-64, 1973.
- 25 COCK, G. "Une nouvelle approche dans la prevention
des accidents facteurs psychosociaux"
Librairie Universitaire Louvain, 1964.
- 26 COLLINS, R.T. "Manual de neurología y psiquiatría
en Medicina del Trabajo".
Espasa Calpe. Madrid, 1963.
- 27 COLLINS, R.T. "Are you accident prone?"
This Week Magazine, New York, United newspapers
Magazine Corporation, 1960.
- 28 CONGER, J.I., GASKILL, H.S., GLAD, D.D., HASSELL, L.
RAINEY, R.V., SAWREY, W.L. "Psychological and
psychophysiological factors in motor vehicle accidents"
JAMA, 169:1581, 1959.

- 29 CONGER, J.I. GASKILL, H.S., GLAND, D.D., RAINEY, R.V.
SAWREY, W.L., TURRELL, E.S., "Personal and interper-
sonal factors in motor vehicle accidents"
Amer. J. Psychiat., 113:1069, 1957.
- 30 COPPE-BOLLY, M.H. "A la recherche du facteur humain
dans les accidents du travail"
ARch. Bel. Med. Soc. Higiene Med. du travail et Med.
Legale. Bruxelles, 1:51-62, 1961.
- 31 CRASKE, S.A. "Study of the relation detween personality
and accident history"
Br. J. Med. Psychol., 41:399-404, 1968.
- 32 CRAWFORD, W.A. "Accident proneness:an unaftordable
philosophy"
Med. J. Aust., 2:905-909, 1971.
- 33 CROSBY, ALLAN, R., "The use of the self-rating
depression scale"
Journal AOA, 69:269-270, 1969.
- 34 DALTON, K., "Menstruation and accidents"
Brit. Med. J., 2:1425, 1960.

- 35 DELGADO, H. "Enjuiciamiento de la medicina psicossomática"
Editorial Científico-médica. Barcelona, 1960.
- 36 DESMICHELLE, C. "I. Psychological test and industrial accidents in construction work apprentices (1965).II. Study of accident-free apprentices.III.Comparison between injured and non-injured and conclusions"
Arch. Mal. Prof., 31:541-553, 1967.
- 37 DESMICHELLE, C. "Psychologic examinations and industrial accidents of construction work apprentices (1965) I Generalities and study of injured apprentices"
Arch. Mal. Prof., 28:447-456, 1967.
- 38 DUNBAR, F. "Mind and body. Psychosomatic medicine"
New York, Random House, 1947.
- 39 DUNBAR, F. "Psychosomatic diagnosis"
New York, Paul B. Hoeber. Inc, 1943.
- 40 DUROUX, M. "Le facteur humain des accidents du travail"
Arch. Mal. Prof., 31:339-341, 1970.
- 41 DRAKE, C.A. "Personel selection standard job-test"
Mc. Graw hills, New York, London, 1942.
- 42 ENELOW, ALLEN, J. "The compensable Injury"
California Médica, 106:179-182, 1967.

- 43 FAVERGE, J.M. "Psychosociologie des accidents du travail"
F.U.F., Paris, 1967.
- 44 FEHSE, U., "Prevention of accidents from the trafficmediocopsychological viewpoint with reference to the traffic-psychological problems of traffic accidents in volving children"
STSCHE. GESUNDHEITSW, 28:1146-1150, 1973.
- 45 FERNANDEZ-ZOILA, A. "Sur la psychopatologie de l'homme au travail"
Information psychiatrique, 11:525-530, 1959.
- 46 FINCH, S.M. "Psychophysiologie disorders in children and adolescents"
Int. J. Psychiatry med., 6(1-2):213-225, 1975.
- 47 FREUD, S. "Obras completas"
Editorial Biblioteca Nueva, 4:1534, 1974.
- 48 FROMM, E. "Anatomía de la destructividad humana"
Siglo XXI Editores, S.A., 1975.
- 49 FULLER, E.M. "Injury-prone children"
American Journal of orthopsychiatry, 18:708-723, 1948.

- 57 HENDERSON, M. "The accident prone car driver-does he exist"
Med. J. Aust., 2:909-912, 1971.
- 58 HINCKLE, L.E., WOLFF, H.C. "The nature man-s adaptation to his total environment and the relation of this to illness"
A.M.A. Arch. Int. Med., 99:442, 1957.
- 59 HIRSCHFELD, A.H., BEHAN, R.C. "The accident process I. Etiological considerations of industrial injuries"
JAMA, 186:193, 1963.
- 60 HOOD, N.A. "Diseases of the central nervous system cerebral atherosclerosis transient ischaemic attacks meniere's disease, and disorders of balance"
Br. Med. J., 4(5993):398-400, 1975.
- 61 HUSBAND, P. "The child with repeated injuries a family problem"
JR Coll Gen Pract, 25(155):419-423, 1975.
- 62 JACOBS, H.H. "Conceptual and methodological problems in accident research"
New York Author, 3-25, 1961.

- 63 JOHNSON, J.E. "Causes of accidental injuries to the teeth and jaws"
I Public Health Dent, 35(2):123-131, 1975.
- 64 JONES "Preventing poisoning accidents in children"
Clinic Pediatrics, 8, 434, 1969.
- 65 KASL, S.V. "Mental healt and work environmeent: an examination of the evidence"
J. Of. Occup. Med., 15(6):509-518, 1973.
- 66 KEANE, J.R. "Automobile accidents caused by un suspected neurological disease"
J. Neurosurg, 38:581-583, 1973.
- 67 KEISER, L. "The traumatic neurosis"
Philadelphia, J-B Lippincott Company, 234, 1968.
- 68 KERR, T.A. "Characteristics of papatients, type of accidents and mortality in a consecutive series of head injuries admitted to a neurosurgical unit"
BR. J. Prev Soc Med, 25:179-185, 1971.
- 69 KING, G.F. and CLARK, A. "Perceptual motor spedd discrepancy and deviant driving"
Jour. Applied Psychology, 46, 1962.

- 70 KLEITH, R.F. GONEN, J.Y, SMITH, C.M. "Psychogenic purpura in a man"
Psychosom med, 37(1):41-49, 1975.
- 71 KOLB, L.C. "Disturbances of the body imagen"
American Handbook of psychiatry, New York. Basic Books, 1:38, 1959.
- 72 KRALL, VITA "Personality characteristics of accident repeating children"
Journal of Abnormal and Social psychology, 48:99-107, 1953.
- 73 LANDY, R. "The post-traumatic syndrome in closed cranial injuries and accidents neurosis"
Proc. Asut Ass Neurol. S., 463, 1968.
- 74 LANGFORD, W.S., GILDER, R.Jr., WILKING, VIRSINIA, N. GEN, MINNIEM, SHERRILL, HELEN, H. "Pilot Study of childhood accidents preliminar report"
Pediatrics, 11:405-415, 1953.
- 75 LEPLAT, J. "Psychologie experimentale et étude des accidents"
Bull. C.E.R.P., 10(4):473-484, 1961.
- 76 LIPOWSKI, Z.I. LIPSITT, D.R., WHYBROW, P. "Psychosomatic medicine"
New York Oxford University Press, 1977.

- 77 LOPEZ IBOR, J.J. "Lecciones de Psicología Médica"
Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1961.
- 78 LLAVERO AVILES, F. "Motivaciones psíquicas del
accidentes y personalidad del accidentado"
La Fraternidad, 1-4, 1973.
- 79 MAIER. N.R.F. "Psicología Industrial"
RIALP, Madrid, 1973.
- 80 MANHEIMER, D.I., MELLINGER, G.D. "Personality
characteristics of the child accident repeater"
Child. Develop., 38(2):491-513, 1967.
- 81 MANHEIMER, D.I., DEWEY, JOANNA, MELLINGER, G.D.
CORSA, L. "50.000 Childyears of accidental injuries"
Public Health Reports, 81(6):519-533, 1966.
- 82 MANHEIMER, D.I., MELLINGER, G.D., DEWEY, JOANNA
"Methodology of the study of the epidemiology of
childhood accidents"
Multilithed, Berkeley:California State Department
of public health, 1966.

- 83 MARCUS, I.M., WILSON, WILMA, KRAFT, I., SWANDER, D. SOUTHERLAND, F., SCHULHOFER, EDITH "An interdisciplinary approach to accidents patterns in children" Monographs of the society for research in child development, 2:25, 1960.
- 84 MARCUSSON, H., DEHMISCH, W. "Acceleration and accident occurrence in preschool children" Aerztl Jugendkd, 66(4):317-319, 1975.
- 85 MARTIN, MAURICE, J. "Psychiatric aspects of patients with compensation problems" Psychosomatics, 11(2):81-84, 1970.
- 86 MATHENY, A.P. "Behavioral antecedents of accidental injuries in early childhood:A study of twins" J. Pediatric, 79:122-124, 1971.
- 87 MAXWELL, A.E. "Analyzing qualitative data" New York, Wiley, 1961.
- 88 MCFARLAND, R.A. "Health and safety in transportation" Public Health Rep., 73:663, 1958.

- 89 MELLINGER, G.D., SYLWESTER, D.L., GAFFETY, W.R.,
MANHEIMER, D.I. "A mathematical model with
applications to a study of accident repeated ness
among children"
Journal of american statistical association,
60:1046-1959, 1965.
- 90 MELLINGER, G.D., MANHEIMER, D.I., "An exposure coping
model of accident liability among children"
Journal of health Social Behavior, 1967.
- 91 MENNINGER, K. "Man against himself"
New York, Harcourt brace, 1938.
- 92 MILLET, L. "La agresividad"
Studium, 29-31, 1973.
- 93 MONTEAU, M. "Essai de classement de risques pro-
fessionnels et des actions de prevention"
Cahiers Not. Doc., 75:255-262, 1974.
- 94 MOYA, R. DE LARRAMENDI "Epidemiología de los accidentes
en la infancia"
Rev. San. H. Pub, 455-459, 1971.
- 95 NAGEL, D.A. "Motor vehicle accidents: human causes and
injuries sustained in an in depth study of 35 accidents"
Clin. Orthop., 92:239-250, 1973.

- 96 NEMIAH, J.C. "Emotional factors in physical injury"
Int. Pscyat. Clin., 6:249-258, 1969.
- 97 NOESEN, R. "Accident Proneness"
Bull. Soc. Sci. Med. Srand. Duche Lusemb., 106:257-268,
1969.
- 98 PADILLA, E.R., ROHENOW, D.I. BERGMAN, A.B., "Predicting
accident frequency in children"
Pediatrics, 58(2):223-226, 1976.
- 99 RALLO ROMERO, J., DE CABO CASADO, B., OLIVIERI,
PERDIKINIS, H. VALCARCEL AVELLO, M. "Facteurs
psychogenes dans l'arthrose cervicale: syndrome
neurotique cervical"
Cab. Coll. Med. Europa Médica, 10:205, 1969.
100. REVAULT D'ALLONNES "Rôle des deficiences psychophy-
siologiques sur les accidents"
Archives des maladies profesionelles, 27:723-724, 1966.
- 101 RHEINHEMER, J. "The human factor in accident prevention"
Amer. Ass. Industr. Nurss, 16, 1968.
- 102 ROBAYE, F. "Quelques propositions pour l'etabilissement
d'un modele de comportement dans les situations
dangereuses"
Bull. Cerp, 341-358, 1963.

- 103 ROF CARBALLO, J. "Urdimbre afectiva y enfermedad"
Editorial Labor, 344, 1955.
- 104 ROMANOS PONFERRADA, CAMACHO, SUAREZ, "Accidentes en
la infancia"
Rev. F. Med. Sevilla, 19:325, 1972.
- 105 ROSS, W. "Practical psychiatry for industrial
psysicians"
Springfield, III, Charles C. Thomas, 1956.
- 106 ROTMAN. I., "Management of the pos-traumatic neuro-
ses of industrial accidents"
Osteopath profession, 32:61, 1965.
- 107 SANCHEZ TORRES, R. "Planteamiento de la prevención
en la Empresa"
Rev. de Seguridad, 45:14-27, 1972.
- 108 SCHANPER, N., COWLEY, R.A. "Overview: psychiatric
sequelae to multiples trauma"
AM J. Psychiatry, 133(8):833-890, 1976.
- 109 SCHMIDT, C.W. "Characteristics of drivers involved
in single-car accidents; a comparative study"
Arch. Gen. Psychiat., 27:800-803, 1972.

- 117 SHELENSKY, R. "Psychiatric standards in driver licensing"
JAMA, 235(18):1993-1994, 1976.
- 118 SIMON, J. "Emotional aspects of physical disability"
The american journal of occupational therapy,
25(8):408-410, 1971.
- 119 SIVADON, P., AMIEL, R., "Psicopatología del trabajo"
Reus, S.A., Madrid, 1972.
- 120 STANDEM, J. "Off to casualty again"
Nurs Times, 70(49):1886, 1974,
- 121 SUCHMAN, E.A. "Conceptual analysis of the accident phenomenon"
New York Author, 26-47, 1961.
- 122 TACHDJIAN, MIHRAN, O. "Ortopedia pediátrica"
Vol. II. Interamericana, 1976.
- 123 TAYLOR, E. "Factors associated with accidental poisoning of children"
Southern med., 447, 1957.
- 124 THORNDIKE, R.L. "The human factor in accidents with special reference to aircraft accidents"
Proyect nº 21-30-001 Rep. nº 1 Randolph field, Texas, Usaf Scholl of Aviation Medicine, 1951.

- 125 TIFFIN, J. et Mc CORNICK, E.I. "Sicologia Industrial"
Diana, Mexico, 1966.
- 126 TITCHENER, J. "Management and study of psychological
response to trauma"
The Journal of Trauma, 10(11):974-980, 1970.
- 127 TREDGOLD, R.F. "Emotional factors and accident
causation"
Community health , Bristol, 2:7-11, 1970.
- 128 TUCKMAN, A.I. "Disaster and mental health intervention"
Health J., 9:151-157, 1973.
- 129 VINEY, L. "Accident proneness: some psychological
research"
Med. J. Austral., 2:916-918, 1971.
- 130 WAN, TH. "Correlates and consequences of severe
disabilities"
Jour Of Ocup. Med., 16(4):234-244, 1974.
- 131 WHEATLEY, G.M. "Motor vehicle accidents and occupation
al health: The zoads meet"
J. Occup. Med., 15:98-100, 1973.
- 132 WITTKOWER, E.D., LIPOWSKIZI "Recent developments in
psychosomatic medicine"
Psychosom med., 28:722-37, 1966.